



**Universidade de Aveiro** Secção Autónoma de Ciências da Saúde  
2014 Departamento de Línguas e Culturas  
Departamento de Eletrónica,  
Telecomunicações e Informática

**SÍLVIA CARINA  
BRANDÃO  
GODINHO**

**VALIDAÇÃO DO BARRIERS AND  
FACILITATORS CHECKLIST DESTINADO A  
PESSOAS COM AFASIA**



**SÍLVIA CARINA  
BRANDÃO GODINHO**

**VALIDAÇÃO DO BARRIERS AND  
FACILITATORS CHECKLIST DESTINADO A  
PESSOAS COM AFASIA**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Ciências da Fala e da Audição, realizada sob a orientação científica da Doutora Maria Assunção Coelho Matos, Professora Adjunta Convidada da Universidade de Aveiro, e do Professor Doutor Luís Miguel Teixeira Jesus, Professor Coordenador da Universidade de Aveiro.



**Universidade de Aveiro** Secção Autónoma de Ciências da Saúde  
2014 Departamento de Línguas e Culturas  
Departamento de Eletrónica,  
Telecomunicações e Informática

Dedico este trabalho aos meus pais, irmã e avós pelo incansável apoio.



## **o júri**

presidente

Professor Doutor António Joaquim da Silva Teixeira  
Professor Associado da Universidade de Aveiro

vogais

Doutora Ana Telma Fernandes Pereira  
Investigadora Auxiliar da Universidade de Coimbra

Professora Doutora Maria Assunção Coelho Matos  
Professora Adjunta Convidada da Universidade de Aveiro



## **agradecimentos**

À Professora Doutora Maria Assunção Matos e ao Professor Doutor Luís Jesus pela orientação e incentivo durante a realização deste trabalho.

Ao Professor Pedro Sá Couto e Professora Andreia Hall pelo esclarecimento e disponibilidade demonstrada.

Aos participantes que tornaram este trabalho possível.

Aos Terapeutas da Fala que constituíram o painel de peritos.

Às instituições que permitiram a recolha de dados para a execução deste trabalho e aos profissionais que nelas trabalham.

Aos meus pais e irmã pelo incentivo.

Ao Filipe pela compreensão.



## palavras-chave

CIF, BFC, afasia, barreiras, facilitadores, validade, fiabilidade.

## resumo

**Introdução:** Uma das principais sequelas dos danos cerebrais resultantes de um AVC é a afasia. Em Portugal, o AVC é o dano cerebral que provoca maior incapacidade na população idosa, tornando-se, essencial que haja um melhoramento da prestação de cuidados de saúde a estes indivíduos. A participação em atividades do quotidiano pode estar comprometida nestes indivíduos devido à existência de *Barreiras*, que são de interesse conhecer e identificar. **Objetivos:** Este trabalho pretende realizar parte do processo de validação do instrumento de avaliação “Barriers and Facilitators Checklist “ (BFC) e do seu Manual de Aplicação, identificando quais as principais barreiras e facilitadores identificados pelas pessoas com afasia durante a sua participação. **Metodologia:** O Manual de Aplicação do BFC foi avaliado por um painel de peritos, de forma a avaliar a sua validade de conteúdo. Pretende-se também avaliar a fiabilidade inter e intra avaliadores do BFC. Para tal, o BFC foi aplicado e filmado por um avaliador, em dois momentos de avaliação, a 14 pessoas com afasia que reuniam os critérios de inclusão, após a aplicação da Bateria de Avaliação da Afasia de Lisboa. Um segundo avaliador analisou os vídeos recolhidos em ambos os momentos. **Resultados:** No Manual, de todas as dimensões avaliadas, apenas a da Relevância apresentou um valor de Índice de Validade de Conteúdo (IVC) excelente (IVC= 0.98). As restantes dimensões apresentaram valores elevados (IVC= 0.75 e IVC= 0.76), no entanto, ligeiramente abaixo do limiar considerado como desejável (IVC= 0.78). A concordância entre os peritos, em todas as dimensões apresentou um valor de *Kappa de Fleiss* superior a 0.70, considerado como elevado. Relativamente à fiabilidade intra-avaliador o *Kappa de Fleiss* e a percentagem de concordância médios foram de 0.68 e 79%, respetivamente o que permite concluir que o instrumento não apresenta uma fiabilidade intra-avaliador muito elevada. Em termos de fiabilidade inter-avaliador, esta revelou ser elevada já que se observou uma boa concordância entre os avaliadores em ambos os momentos avaliados, com valor de *Kappa de Fleiss* médio de 0.95 e percentagem de concordância média de 97%. **Conclusão:** O Manual do BFC revela uma excelente concordância entre avaliadores, com valores de *kappa de Fleiss* elevados. A partir dos resultados obtidos pode-se concluir que o BFC apresenta uma boa validade de conteúdo. O instrumento apresenta uma boa fiabilidade inter-avaliador mas o mesmo não acontece com a fiabilidade intra-observador.



## palavras-chave

ICF, BFC, aphasia, barriers, facilitators, validity, reliability.

## resumo

**Background:** One of the most common consequences of brain injury after stroke is aphasia. Stroke is first cause of disability in the elderly population in Portugal. It is therefore essential to improve the health care programs for these individuals. The participation in daily life activities by these individuals is compromised due to Barriers that need to be identified. **Aims:** This work aims to perform part of the validation process of the assessment tool Barriers and Facilitators Checklist (BFC) and his Manual. The barriers and facilitators of people with aphasia during their community participation (social communication) will also be identified. **Method:** The Manual was analysed by 8 speech and language therapists in order to estimate its content validity. The use of the BFC was filmed as it was applied at two different moments in time by one person to 14 people with aphasia that met specific the inclusion criteria, and after the use of the “Bateria de Avaliação de Afasia de Lisboa”. A second person analysed the videos from both instances in time. **Results:** Of all analysed dimensions in the Manual, only the Relevance showed a good Content Validity Index (CVI) of 0.98. The remaining dimensions presented high values (CVI = 0.75 and CVI = 0.76), but below what is usually considered acceptable (CVI = 0.78). The agreement between the judges, in all of the dimensions showed a Fleiss’ Kappa of 0.70, which is considered high. In terms of intra-judges reliability Fleiss’ Kappa and the average agreement percentage were 0.68 and 79% respectively, which revealed there is instrument does not present a particularly high intra-judges reliability. The inter-judges reliability was high, since there was a great agreement between judges at the two moments, with an average Fleiss’ Kappa of 0.95 and an average percentage of agreement of 97%. **Conclusions:** Analysis of results showed that the BFC Manual presented a great agreement between judges, with high Fleiss’ Kappa values. These results revealed the BFC presents high content validity. The instrument presents a higher inter-judge reliability than the intra-judge reliability.



## ÍNDICE

|                                                                                      |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Lista de Abreviaturas.....</b>                                                    | <b>10</b> |
| <b>Capítulo 1 - Introdução .....</b>                                                 | <b>11</b> |
| 1.1. OBJETIVOS DO ESTUDO .....                                                       | 12        |
| 1.2. ORGANIZAÇÃO DA DISSERTAÇÃO.....                                                 | 13        |
| <b>Capítulo 2 - Revisão da Literatura .....</b>                                      | <b>14</b> |
| 2.1. CAUSAS DA AFASIA.....                                                           | 14        |
| 2.2. A AFASIA E SUAS CONSEQUÊNCIAS .....                                             | 14        |
| 2.3. MODELOS DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE .....                                 | 16        |
| 2.4. CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF)<br>18 |           |
| 2.5. A AFASIA SEGUNDO A CIF.....                                                     | 22        |
| 2.6. AVALIAÇÃO DA AFASIA .....                                                       | 23        |
| <i>Resultados obtidos com a primeira aplicação do BFC (Matos, 2012) .....</i>        | <i>25</i> |
| 2.7. FACILITAR A PARTICIPAÇÃO .....                                                  | 28        |
| <b>Capítulo 3 - Metodologia .....</b>                                                | <b>30</b> |
| 3.1. INTRODUÇÃO .....                                                                | 30        |
| 3.2. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS DO ESTUDO .....                                            | 30        |
| 3.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO .....                                                     | 31        |
| 3.6. INSTRUMENTOS UTILIZADOS .....                                                   | 32        |
| 3.7. PROCEDIMENTOS .....                                                             | 33        |
| 3.7.1. <i>Validade de conteúdo do Manual .....</i>                                   | <i>33</i> |
| 3.7.2. <i>Fiabilidade.....</i>                                                       | <i>35</i> |
| 3.8. ANÁLISE DOS DADOS.....                                                          | 36        |
| <b>Capítulo 4 – Resultados .....</b>                                                 | <b>37</b> |
| 4.1. INTRODUÇÃO.....                                                                 | 37        |
| 4.1.1. <i>Validade de conteúdo do Manual do BFC .....</i>                            | <i>37</i> |
| 4.1.2. <i>Fiabilidade intra-observador do BFC.....</i>                               | <i>38</i> |
| 4.1.3. <i>Fiabilidade inter-avaliador do BFC.....</i>                                | <i>39</i> |
| <b>Capítulo 5 - Discussão .....</b>                                                  | <b>41</b> |
| 5.1. INTRODUÇÃO .....                                                                | 41        |
| 5.2. VALIDADE DO MANUAL DO BFC .....                                                 | 41        |





|                                                     |                                                                           |            |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------|
| 5.3.                                                | FIABILIDADE DO BFC .....                                                  | 43         |
| 5.4.                                                | COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS COM O ESTUDO DE MATOS (2012) .....              | 50         |
| <b>Capítulo 6 - Conclusões .....</b>                |                                                                           | <b>51</b>  |
| 6.1.                                                | INTRODUÇÃO .....                                                          | 51         |
| 6.2.                                                | PRINCIPAIS CONTRIBUTOS.....                                               | 51         |
| 6.3.                                                | LIMITAÇÕES .....                                                          | 52         |
| 6.4.                                                | SUGESTÕES FUTURAS .....                                                   | 52         |
| <b>Bibliografia .....</b>                           |                                                                           | <b>54</b>  |
| <b>Anexos .....</b>                                 |                                                                           | <b>60</b>  |
| <b>Índice .....</b>                                 |                                                                           | <b>88</b>  |
| <b>1. Introdução .....</b>                          |                                                                           | <b>89</b>  |
| <b>2. Introdução aos Conceitos .....</b>            |                                                                           | <b>90</b>  |
| 2.1.                                                | CAUSAS DA AFASIA .....                                                    | 90         |
| 2.2.                                                | AFASIA .....                                                              | 90         |
| 2.3.                                                | CONSEQUÊNCIAS DA AFASIA .....                                             | 91         |
| 2.4.                                                | CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE ..... | 92         |
| 2.5.                                                | AVALIAÇÃO DA PESSOA COM AFASIA E CIF.....                                 | 95         |
| 2.6.                                                | BARREIRAS E FACILITADORES.....                                            | 96         |
| <b>3. Barriers and Facilitators Checklist .....</b> |                                                                           | <b>96</b>  |
| 3.1.                                                | OBJETIVOS .....                                                           | 96         |
| 3.2.                                                | POPULAÇÃO ALVO .....                                                      | 97         |
| 3.3.                                                | CONSTITUIÇÃO DO INSTRUMENTO .....                                         | 97         |
| 3.4.                                                | MATERIAIS NECESSÁRIOS .....                                               | 98         |
| 3.5.                                                | NORMAS DE APLICAÇÃO .....                                                 | 99         |
| <b>4. Referências .....</b>                         |                                                                           | <b>100</b> |
| <b>Anexos Do Manual .....</b>                       |                                                                           | <b>103</b> |
| 1.                                                  | FOLHA DE REGISTO DO BFC .....                                             | 103        |
| 2.                                                  | CARTÕES SUGERIDOS PARA A APLICAÇÃO DO BFC.....                            | 109        |



## **LISTA DE ABREVIATURAS**

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BAA - Bateria de Avaliação de Alcoitão

BAAL - Bateria de Avaliação da Afasia de Lisboa

BFC - Barriers and Facilitators Checklist

CAA - Comunicação aumentativa e alternativa

CDP - Communication Disability Profile - Versão portuguesa

CE - Comissão de Ética

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

DGS - Direção Geral de Saúde

ICF - International Classification of Functioning, Disability and Health

IVC - Índice de Validade de Conteúdo

OMS - Organização Mundial de Saúde

TAAP - The Activities Participation Profile - Versão Portuguesa

PAAT - Portuguese Aachen Aphasia Test

PALPA-P - Provas de Avaliação da Linguagem e da Afasia em Português

PCA - Pessoa com Afasia

PICA - Porch Index of Communicative Ability

TCE - Traumatismo crânio-encefálico

POPS - Participation Objective, Participation Subjective - Versão Portuguesa

TF - Terapeuta da Fala

WAB - Western Aphasia Battery



## CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO

Os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVCs) apresentam uma elevada incidência e mortalidade a nível mundial, constituindo um grave problema de saúde pública (Ferro et al. 1998). Em Portugal, as doenças cerebrovasculares são a principal causa de mortalidade, sendo o AVC aquele que provoca maior incapacidade na população idosa (Natário et al. 2001). A ocorrência de um AVC acarreta consequências a diferentes níveis na vida da pessoa, nomeadamente, a nível familiar, social e económico (Natário et al. 2001). Tendo em conta que se observa uma tendência futura para o envelhecimento da população, é essencial aumentar a qualidade de vida e adequar os cuidados de saúde necessários para a reabilitação e prevenção da perda de funcionalidade destes indivíduos (Canha et al. 2013).

Uma das sequelas mais notórias dos danos cerebrais resultantes do AVC é a afasia. Esta é definida como uma perturbação adquirida (Marshall et al. 1998) das diversas capacidades de interpretação e formulação da linguagem (Simmons-Mackie & Kagan 2007). Estes indivíduos revelam dificuldades na utilização da linguagem em todas as suas formas: expressão, compreensão auditiva, leitura e escrita (Lyon 1998; Rogers & B. Alarcon 1999; Katz 2000). Para o Terapeuta da Fala (TF), de entre todos os défices resultantes da lesão cerebral, as alterações ao nível da linguagem, comunicação e deglutição são as que revelam maior interesse. Durante muito tempo, ao nível da afasia, o papel deste profissional passava pela avaliação dos défices linguísticos resultantes do AVC, com o objetivo de efetuar um diagnóstico, determinar a gravidade da perturbação, providenciar um prognóstico e finalmente, definir um plano terapêutico adequado a cada caso (Ross & Wertz 2005).

Contudo, atendendo às conceções propostas pela *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)* (OMS 2001; DGS 2004), os indivíduos com incapacidade deixaram de ser unicamente definidos pela deficiência que possuem (afasia) e passaram a ser encarados como um todo, acabando por se valorizar as consequências psicossociais inerentes a esta perturbação comunicativa (Simmons-Mackie & Kagan 2007). Neste sentido, ao longo dos anos, tem vindo a observar-se um esforço por parte dos terapeutas da fala (TFs) para implementar uma avaliação e intervenção terapêutica direcionada não apenas para a recuperação dos défices linguísticos apresentados por estes indivíduos, mas também para os *Fatores Ambientais* que podem influenciar os seus níveis de *Atividades e Participação* (Johansson 2012). Uma intervenção mais holística ao nível da Terapia da Fala permite melhorar a comunicação da pessoa com afasia (PCA) em



todos os contextos em que se insere, através da generalização de estratégias comunicativas facilitadoras para contextos externos ao contexto terapêutico (T. J. Howe 2008). Assim, torna-se importante em muitos casos, a observação da PCA em contexto natural (Simmons-Mackie & Kagan 2007), ou seja, em situações da vida real, o que permite ao TF compreender mais concretamente quais são as principais dificuldades apresentadas pelo indivíduo durante o seu dia-a-dia. Através deste processo, o TF é capaz de avaliar e identificar as *Barreiras* que impedem e os *Facilitadores* que favorecem a participação e integração plena de cada indivíduo na sociedade, intervindo direta ou indiretamente na eliminação das *Barreiras* observadas (Simmons-Mackie & Kagan 2007; T. J. Howe 2008).

A utilização de um instrumento de avaliação que permita identificar as *Barreiras* e os *Facilitadores* encontrados pelas pessoas com afasia (PCAs), aquando da sua participação social em atividades do quotidiano, é essencial para que a avaliação do TF seja completa. Crê-se que a existência de um instrumento validado para a população portuguesa, como o "Barriers and Facilitators Checklist (BFC)" (Matos 2012), será uma ferramenta essencial para atingir parte dos objetivos definidos por cada TF no processo terapêutico. Este visa identificar, quais as principais *Barreiras* e *Facilitadores* encontrados pelas PCAs no processo de comunicação e na sua participação social, após a ocorrência de um AVC. É ainda considerado um aspeto de interesse para o TF, nomeadamente a possibilidade de determinar quais as estratégias utilizadas por estes indivíduos para ultrapassar as *Barreiras* identificadas. Através da sua utilização, na intervenção terapêutica será considerado o componente dos *Fatores Ambientais* tão relevante na CIF, possibilitando uma melhor qualidade de vida destes indivíduos.

### **1.1. Objetivos do estudo**

Pretendeu-se, com este trabalho, realizar parte do processo de validação do BFC (Matos 2012).

Este processo de validação decorreu em duas fases distintas. Numa primeira fase pretendeu-se validar o Manual do BFC, elaborado por duas alunas (Sophie Oliveira e Cátia Tavares) da Licenciatura em Terapia da Fala da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro em 2013. O seu conteúdo, bem como as estratégias a incluir no mesmo (que poderão ser utilizadas durante a recolha dos dados com o instrumento) foram alvo de validação por parte de um painel de peritos. Numa segunda fase, procurou-se avaliar a fiabilidade inter-observador e intra-avaliador do BFC.



Finalmente pretendeu-se comparar os resultados obtidos neste estudo com as conclusões apresentadas por Matos (2012).

Tendo em conta que em Portugal não existem instrumentos de avaliação que visam identificar as *Barreiras* e *Facilitadores* para a participação das PCAs, espera-se que o BFC apresente utilidade na prática profissional dos TFs portugueses que trabalham diariamente com estes pacientes.

## **1.2. Organização da Dissertação**

O presente trabalho encontra-se dividido em 6 capítulos. No primeiro capítulo, a Introdução, é apresentado um enquadramento da temática, as motivações para a realização do trabalho, os objetivos definidos e a organização do mesmo. No segundo capítulo, a Revisão Bibliográfica, podem ler-se quais os principais estudos e conclusões existentes até à data, acerca da temática em estudo segundo diferentes autores. No terceiro capítulo, destinado à Metodologia, encontra-se descrito o método utilizado para a realização do estudo. O quarto capítulo apresenta os resultados obtidos e no quinto capítulo, a Discussão, é realizada a discussão dos resultados obtidos, comparando-os com estudos anteriores já elaborados acerca da temática em estudo. Finalmente, no último capítulo, são apresentadas as conclusões obtidas com este trabalho.



## **CAPÍTULO 2 - REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1. Causas da Afasia**

A ocorrência de diferentes patologias neurológicas pode afetar o normal funcionamento do cérebro, e consequentemente a capacidade comunicativa de um indivíduo. As alterações linguísticas que decorrem de danos cerebrais acontecem nas áreas cerebrais responsáveis pela linguagem, podendo dever-se a acidentes vasculares cerebrais (AVCs), traumatismos crânio-encefálicos, tumores cerebrais, doenças degenerativas, infeções do sistema nervoso, doenças nutricionais e metabólicas (Ardila 2006).

Nos países desenvolvidos, o AVC é considerado a terceira causa de morte e incapacidade (DGS 2010). Constitui a principal causa de mortalidade e aquela que causa maior incapacidade nas pessoas idosas, em toda a Europa (Natário et al. 2001), inclusivamente em Portugal (Martins 2006; DGS 2010). A idade continua a ser apontada como o principal fator de risco para a ocorrência de AVCs, sendo que cerca de 75% dos casos sucedem em pessoas com mais de 65 anos (Baptista et al. 2012). A hipertensão arterial é igualmente apontada como um dos principais fatores de risco (Ferro & Pimentel 2006).

Um estilo de vida que inclui fatores de risco potencializa a ocorrência de um AVC, existindo, uma maior probabilidade para que esse indivíduo ou população venha a sofrer essa patologia (Martins 2002). Torna-se, por isso, fundamental que a população tenha conhecimento destes fatores (J. Ferro et al. 1998).

O AVC é uma perturbação da função cerebral de início agudo, geralmente focal, originado em alguma alteração ao nível dos vasos sanguíneos (Ardila 2006; Muir 2013). A única causa aparente é a de origem vascular e os sintomas podem persistir por um período de pelo menos 24 horas (Phipps 2003). Dependendo da localização e extensão da lesão provocada, o quadro neurológico apresentado varia de paciente para paciente, podendo estes sintomas ser temporários ou permanentes (Martins 2002).

### **2.2. A afasia e suas consequências**

A afasia é uma alteração na capacidade de utilizar a linguagem, adquirida através de um dano cerebral nas regiões responsáveis pelo seu controlo (Benson & Ardila 1996; Chapey 2008). Esta perturbação comunicativa envolve dificuldades na formulação e/ou compreensão dos símbolos linguísticos, sendo que, as alterações



linguísticas apresentadas por cada indivíduo variam consoante a região cerebral afetada e a extensão da lesão (Chapey 2008). A afasia implica uma total ou parcial incapacidade na expressão, compreensão auditiva, leitura e escrita (Lyon 1998; Rogers & B. Alarcon 1999; Katz 2000; Johansson 2012).

Os danos neurológicos observados podem causar défices físicos a diversos níveis, nomeadamente a nível motor (hemiplegia), sensorial (alterações visuais, agnosia e cinestesia) e comportamental. É comum a ocorrência de afasia, apraxia, disfagia, disartria e incontinência urinária (Festas et al. 2006; Martins 2006). Além destas sequelas, são também descritas consequências a nível emocional, afetivo e motivacional, podendo também observar-se um estado depressivo (Martins 2006), ansiedade e "stress" (Costa 2003). Este quadro desfavorável pode influenciar o grau de dependência e independência nas atividades do quotidiano do indivíduo que sofreu um AVC (Leal 2006).

Na classificação proposta por Benson e Ardila (1996) são classificados os diferentes tipos de afasia consoante a anatomia, defendendo que as afasias se relacionam com alterações anatómicas provocadas pela lesão (Ardila 2006). De acordo com a localização e extensão da lesão cerebral, a perturbação linguística observada varia (ver Anexo 1), nomeadamente ao nível da fluência do discurso, da nomeação de objetos, da compreensão de ordens simples e da repetição de palavras (Benson & Ardila 1996; Castro-Caldas 1999).

Contudo, para Wahrborg e Borenstein (1990) a afasia é algo mais abrangente do que aquilo em que se tem acreditado uma vez que manifesta implicações a nível social, biológico e psicológico. A diminuição da qualidade de vida (Ross & Wertz 2003), a depressão e o isolamento social são algumas das incapacidades associadas à afasia. A PCA apresenta dificuldades na manutenção dos contatos sociais das pessoas com quem se relacionava antes da ocorrência do AVC, sendo que a sua interação social se encontra restringida a amigos, vizinhos e família (Cruise & Worrall 2006).

Existe um acordo geral entre os estudiosos relativamente à recuperação espontânea destes indivíduos. Uma considerável parte deste processo surge em resultado de processos neurofisiológicos de reorganização cerebral (Ardila 2006). Embora alguns indivíduos recuperem as suas competências linguísticas nas primeiras semanas após a ocorrência do AVC, a grande maioria apresenta uma recuperação mais lenta (Bruce et al. 2000). Os três primeiros meses é o período em que existe uma maior possibilidade de recuperação (Ardila 2006; Bruce et al. 2000), embora seja uma recuperação gradual e incompleta (Bruce et al. 2000). A



partir dos 6 meses após o AVC a curva de recuperação espontânea decai sendo que até ao primeiro ano a recuperação poderá ser reduzida (Ardila 2006).

A recuperação das habilidades linguísticas perdidas após um AVC é influenciada por fatores como a extensão e localização da lesão (Basso 1989; Basso 1992), a idade, a etiologia da lesão, os fatores temporais e o tempo que decorreu desde a sua ocorrência (Ardila 2006). Por exemplo, as lesões cerebrais mais extensas deixam poucas capacidades residuais que permitam ajudar na posterior recuperação (Ardila 2006; Bruce et al. 2000). Existem ainda fatores individuais que podem influenciar a recuperação, nomeadamente, a personalidade e fatores intelectuais, a motivação e a existência de perturbações associadas (Ardila 2006).

### **2.3. Modelos de Prestação de Cuidados de Saúde**

Com vista a compreender e explicar a incapacidade e funcionalidade foram propostos vários modelos conceituais de prestação de cuidados de saúde (DGS 2004). A reabilitação das pessoas com afasia pode envolver três abordagens principais: o modelo médico, o modelo de reabilitação e o modelo social (ver Anexo 2).

Cada um dos modelos de prestação de cuidados valoriza aspetos distintos, tornando-se essencial que o TF compreenda cada um deles. Este profissional dispõe de toda a flexibilidade para a tomada da melhor decisão para o tratamento da perturbação comunicativa. No entanto, este profissional deve ter em consideração as crenças e objetivos da instituição onde o serviço é prestado, bem como, as do indivíduo a quem é prestado (Worrall & Hickson 2003). Tendo em conta que cada indivíduo poderá apresentar diferentes objetivos para o seu tratamento, o TF deverá avaliar e determinar quais os meios mais eficazes para os atingir, não sendo obrigatório adotar apenas um dos modelos (Byng & Duchan 2005).

O *Modelo Médico* pressupõe uma abordagem tradicional da reabilitação do indivíduo, sendo o mais utilizado em contexto hospitalar (Pound et al. 2001). Este modelo enfatiza a deficiência, implicando consequentemente a não valorização da pessoa e a sua relação com os outros (Worrall & Hickson 2003). A incapacidade surge como resultado da deficiência direcionando o tratamento para a causa dos efeitos da ocorrência da doença, sem ponderar as consequências que esta implica (Lyon 1998). Os objetivos principais são a cura ou redução da deficiência, através da eliminação dos sintomas (Boles & Lewis 2008) bem como a recuperação máxima da funcionalidade e independência do indivíduo (Pound et al. 2001). Este tipo de prática implica uma intervenção de base linguística (Worrall & Hickson 2003) que





deseja ajudar o paciente a recuperar as capacidades danificadas subjacentes ao processo linguístico. O TF é considerado como o profissional responsável pela terapia (Sarno 1993), possuindo o controlo da interação comunicativa, cabendo ao paciente apenas o papel de recetor passivo dos cuidados médicos (Worrall & Hickson 2003).

No *Modelo de Reabilitação*, o foco de intervenção não é a deficiência, mas sim o indivíduo que a possui e a sua funcionalidade nas atividades do quotidiano. Neste tipo de abordagem, o centro da intervenção terapêutica e a tomada de decisão, divergem em relação ao modelo médico (Worrall & Hickson 2003). Na avaliação, as limitações que a deficiência implica ao nível das atividades são tomadas em consideração, permitindo um maior envolvimento do paciente na tomada de decisões (Worrall & Hickson 2003). Uma vez que é atribuída uma maior importância ao indivíduo, compete ao TF informá-lo acerca das diferentes opções de avaliação e tratamento, para que as tomadas de decisões sejam conjuntas (Worrall & Hickson 2003).

O *Modelo Social* surge como alternativa aos modelos de prestação de cuidados já referidos, considerando o contexto em que o indivíduo se insere (Worrall & Hickson 2003). Emergiu no seguimento do movimento de incapacidade e influenciou a criação do modelo proposto pela Organização Mundial de Saúde, a *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde* (CIF) (Byng & Duchan 2005). De acordo com este modelo, a incapacidade não provem necessariamente da deficiência, devendo-se às limitações sociais e físicas ambientais encontradas pela pessoa no seu dia-a-dia. Este modelo pretende melhorar a capacidade funcional do indivíduo através da melhoria da sua qualidade de vida, nomeadamente, eliminando as barreiras por este encontradas (Pound et al. 2001). A solução do problema reside numa intervenção social com responsabilidade coletiva da sociedade, no sentido de realizar as modificações necessárias para a integração e participação plena das PCAs em todas as áreas da vida social (DGS 2004). Um suporte ambiental positivo pode atenuar as consequências da afasia, independentemente da incapacidade (Chapey et al. 2014). Cabe ao TF a responsabilidade de fornecer um serviço e recursos para que a PCA aprenda a viver com a sua condição, oferecendo uma variedade de opções ao seu tratamento (Byng & Duchan 2005). Torna-se imprescindível que este profissional avalie o impacto da afasia na participação social destes indivíduos, de forma a reduzir as consequências ou o impacto desta nas suas vidas (Martin et al. 2008). Pode ser, por isso, necessária a saída do contexto terapêutico para se identificarem



as barreiras encontradas pelo indivíduo no seu contexto natural (Worrall & Hickson 2003).

## **2.4. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)**

*The International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) (OMS 2001), conhecida em Portugal como *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde* (CIF) (DGS 2004) baseia-se numa integração dos modelos médico e social, sendo que para obter uma integração das várias perspetivas de funcionalidade é utilizada uma abordagem *biopsicossocial*. Tal facto permite chegar a uma síntese que oferece uma visão coerente das diferentes perspetivas de saúde: biológica, individual e social (DGS 2004, p.22).

Esta classificação tem como objetivo principal fornecer uma linguagem unificada e padronizada, que permite descrever a saúde e os estados relacionados com a mesma. Contém domínios que podem ser considerados como domínios da saúde e outros domínios (como por exemplo, a educação e o trabalho) e são descritos de acordo com a perspetiva do corpo, do indivíduo e da sociedade (DGS 2004, p.7). A CIF encontra-se dividida em duas partes, cada uma delas composta por dois componentes. A primeira parte diz respeito à *Funcionalidade e Incapacidade*, onde se incluem as *Funções do Corpo* e *Estruturas do Corpo* e *Atividades e Participação*. Na segunda parte, *Fatores Contextuais*, são considerados os *Fatores Ambientais* e os *Fatores Pessoais* (DGS 2004, p.13).

Segundo a CIF, num contexto de saúde, são definidos alguns conceitos essenciais para compreender e aplicar esta classificação. A *Funcionalidade* é o termo genérico utilizado para as *Funções do Corpo*, *Estruturas do Corpo*, *Atividades* e *Participação*. Este termo indica os aspetos positivos da interação entre um indivíduo e os seus *Fatores Contextuais* (*Ambientais* e *Pessoais*). O termo genérico para designar as deficiências, limitações da atividade e restrições na participação é designado como *Incapacidade*. Neste caso, o termo indica "os aspetos negativos da interação entre o indivíduo e os seus fatores contextuais" (DGS 2004, p.186).

As *Funções do Corpo* dizem respeito às funções fisiológicas de cada sistema orgânico (incluindo as funções psicológicas). Das *Estruturas do Corpo* fazem parte os constituintes anatómicos do corpo, nomeadamente, os órgãos, membros e seus componentes. O conceito de *Deficiências* designa os problemas nas funções ou nas estruturas do corpo, tal como, um desvio importante ou uma perda. Por sua vez, os conceitos de *Atividade*, *Participação* e *Limitações da atividade* e *Restrições da Participação* encontram-se intimamente relacionados, no entanto, com



particularidades distintas. A *Atividade* consiste na execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo, já o envolvimento de um indivíduo numa situação da vida real é designado como *Participação*. Desta forma, podem existir *Restrições na Participação*, ou seja, problemas enfrentados pelo indivíduo quando se encontra envolvido numa situação da vida real. Esta classificação demonstra ainda existirem diferenças nos conceitos de *Capacidade* e *Desempenho*. A *Capacidade* é designada como o nível máximo possível de funcionalidade que um indivíduo pode atingir, num determinado momento, em algum dos domínios incluídos em *Atividades e Participação*. Já o *Desempenho* diz respeito ao que os indivíduos fazem no seu ambiente natural (podendo ser descrito através dos *Fatores Ambientais*) incluindo o aspeto do envolvimento de uma pessoa nas situações da vida diária (DGS 2004, p.187).

Os *Fatores Contextuais* são parte integrante desta classificação, sendo que a *Incapacidade* é concebida como uma interação dinâmica entre os conceitos de Saúde (doenças, lesões, traumas) e os *Fatores Contextuais* (DGS 2004, p.12). Nesta classificação, os *Fatores Contextuais* são definidos como “o contexto completo da vida de um indivíduo, e em particular, e base sobre a qual os estados de saúde estão classificados na CIF”, dividindo-se em dois componentes, os *Fatores Ambientais* e os *Fatores Pessoais* (DGS 2004, p.187). Os *Fatores Ambientais* constituem o primeiro componente dos *Fatores Contextuais*, encontrando-se organizados de uma forma sequencial que considera primeiramente o ambiente mais próximo do indivíduo e só depois o ambiente geral. Segundo a DGS (2004, p.19), os *Fatores Ambientais* são externos e “constituem o ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem a sua vida”, podendo ser negativos (*Barreiras*) ou positivos (*Facilitadores*). Os *Fatores Ambientais* encontram-se divididos em duas categorias distintivas: *Individual* e *Social*. O primeiro nível diz respeito ao ambiente imediato do indivíduo, nomeadamente, os espaços do domicílio, o local de trabalho e a escola. Este nível além de incluir as características físicas e materiais do ambiente considera ainda os indivíduos com quem a pessoa interage mais diretamente, como por exemplo, a família, conhecidos e colegas. No segundo nível, o *Social*, mais afastado do indivíduo, são consideradas “estruturas sociais formais e informais, serviços e regras de conduta ou sistemas na comunidade ou cultura que têm um impacto sobre os indivíduos”. Este nível engloba serviços de comunicação e transporte, leis, regulamentos, atitudes e ideologias (DGS 2004, p.19).

A *Funcionalidade* e a *Incapacidade* de um indivíduo podem ser melhoradas ou comprometidas através da presença ou ausência de *Fatores Ambientais*



positivos, os *Facilitadores*, ou de negativos, as *Barreiras*. Na CIF, os *Fatores Ambientais* que podem influenciar a participação social das PCA, encontram-se divididos em 5 grupos (DGS 2004):

- *Produtos e Tecnologias* – qualquer produto, instrumento, equipamento ou sistema técnico utilizado pela pessoa com incapacidade com objetivo de melhorar a sua funcionalidade.
- *Ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo homem* – elementos animados ou inanimados do ambiente natural ou físicos, e dos componentes deste ambiente foram modificados pelas pessoas, bem como das características das populações humanas desse ambiente.
- *Apoio e relacionamentos* – pessoas ou animais que dão apoio prático físico ou emocional, assim como na educação, proteção e assistência e nos relacionamentos com outras pessoas, em casa, no local de trabalho, na escola, nos locais de lazer ou em outros aspetos das suas atividades diárias.
- *Atitudes* - atitudes que são as consequências observáveis dos costumes, práticas, ideologias, valores, normas, crenças religiosas e outras. Essas atitudes influenciam o comportamento individual e a vida social em todos os níveis, dos relacionamentos interpessoais e associações comunitárias às estruturas políticas, económicas e legais.
- *Serviços, Sistemas e Políticas*, nomeadamente:
  1. *Serviços* que proporcionam benefícios, programas estruturados e operações, em vários sectores da Sociedade, organizados para satisfazer as necessidades dos indivíduos (incluindo as pessoas que prestam esses serviços). Podem ser públicos, privados ou voluntários e ser desenvolvidos, a nível local, comunitário, regional, estatal, provincial, nacional ou internacional, por pessoas singulares, associações, organizações, agências ou governos. Os bens que um serviço proporciona podem ser gerais ou adaptados e especialmente concebidos.
  2. *Sistemas* que são mecanismos de controlo administrativo e de supervisão organizativa, estabelecidos por autoridades locais, regionais, nacionais e internacionais, governamentais ou por outras autoridades reconhecidas. Estes sistemas são concebidos para organizar, controlar e supervisionar serviços que proporcionam benefícios, programas estruturados e operações em vários sectores da sociedade.



3. *Políticas* que englobam as regras, regulamentos, convenções e normas estabelecidos por autoridades locais, regionais, nacionais e internacionais, governamentais ou outras autoridades reconhecidas, que regem ou regulam os sistemas que controlam serviços, programas e outras atividades em vários sectores da sociedade.

Os *Facilitadores*, ausentes ou presentes, reduzem a *Incapacidade* e melhoram a *Funcionalidade* de um indivíduo. A presença de *Facilitadores* pode ser benéfica ao impedir a *Restrição de Participação*, condicionada pela deficiência ou limitação da atividade (DGS 2004, p.187). Ou seja, embora exista um problema relacionado com a *Capacidade*, o indivíduo consegue melhorar o seu desempenho real numa ação. Por outro lado, a CIF atesta que a presença ou ausência de *Barreiras* podem limitar a *Funcionalidade* e provocam a *Incapacidade*. As *Barreiras* englobam aspetos como o ambiente físico inacessível, falta de tecnologia de assistência apropriada, atitudes negativas por parte das pessoas em relação à incapacidade, entre outras (DGS 2004).

Howe, Worrall e Hickson (2004) consideram que, embora muitos estudos pretendam verificar o impacto de barreiras específicas, são muito poucos aqueles que tentam compreender e identificar efetivamente as barreiras encontradas pelas PCA em todos os contextos em que se inserem (Brown et al. 2006). Apesar disso, Parr et al. (1997) e Pound et al. (2001) foram pioneiros na identificação de barreiras e facilitadores encontrados pelas PCA. Ambos concluíram que as PCA podem encontrar quatro tipos diferentes de *Barreiras* que poderão comprometer a sua *Participação* na vida diária:

- *Barreiras Ambientais* – barreiras existentes no ambiente físico e/ou linguístico.
- *Barreiras Atitudinais* – reações de hostilidade e discriminação das outras pessoas.
- *Barreiras Estruturais* – ausência de recursos, oportunidades, serviços e apoios, incluindo oportunidades reduzidas de trabalho/educação, o que poderá afetar a situação financeira da pessoa.
- *Barreiras de Informação* – Ausência de informação relevante, oportuna e acessível à sua condição.

Garcia et al. (2000), Parr e Byng (2000), Cruice et al. (2003), Howe et al. (2004) e Brown et. al (2006) foram alguns dos autores que investigaram a influência dos *Fatores Ambientais* na participação das PCAs. Embora os estudos anteriores considerem em alguma parte da análise dos resultados os *Fatores*



*Ambientais* e a qualidade de vida, apenas Howe et al. (2004) e Brown et al. (2006) versam o conhecimento e identificação de *Barreiras* e *Facilitadores* encontrados por estes indivíduos.

Por um lado, Howe et al. (2004) conseguiram identificar com o seu estudo um conjunto de *Barreiras* e *Facilitadores* relacionados com outras pessoas, fatores físicos e sociais. Através do mesmo, foi possível eliminar algumas dessas *Barreiras* e aumentar e melhorar os *Facilitadores*. Já Brown et al. (2006) concluíram que a principal barreira encontrada pelas PCAs é a falta de conhecimento por parte da sociedade acerca da afasia. Já outros estudos (Code et al. 2001; Elman et al. 2000; Simmons-Mackie et al. 2002) haviam anteriormente mostrado que a consciência pública acerca da afasia é menor do que de outros tipos de incapacidades neurológicas e até mesmo as PCAs consideram que esta é também a principal barreira que encontram na sua participação social. Além desta barreira, foram indicadas outras que trazem implicações ao nível da saúde emocional e da qualidade de vida das PCAs, tais como, dificuldades em realizar as alterações necessárias em termos de sistemas e políticas para realizar uma integração plena destes indivíduos na sociedade (Brown et al. 2006).

## **2.5. A afasia segundo a CIF**

A afasia é tradicionalmente definida em termos de incapacidades ao nível das *Funções* e *Estruturas* do Corpo. Segundo Darley (1982) esta é descrita como uma consequência de danos cerebrais, na qual se observa uma incapacidade múltipla na interpretação e formulação de símbolos linguísticos (Simmons-Mackie & Kagan 2007). Considerando que o cérebro está incluído no domínio das *Estruturas do Corpo*, a afasia está associada a lesões cerebrais que ocorrem em locais específicos, sendo que a sua classificação está frequentemente relacionada com os défices observados. No domínio das *Funções do Corpo* da CIF estão incluídos os défices linguísticos, nomeadamente, as dificuldades ao nível da nomeação de palavras, produção da sintaxe correta e completa, dificuldades na leitura e escrita de palavras isoladas (ver Anexo 3) (Simmons-Mackie & Kagan 2007).

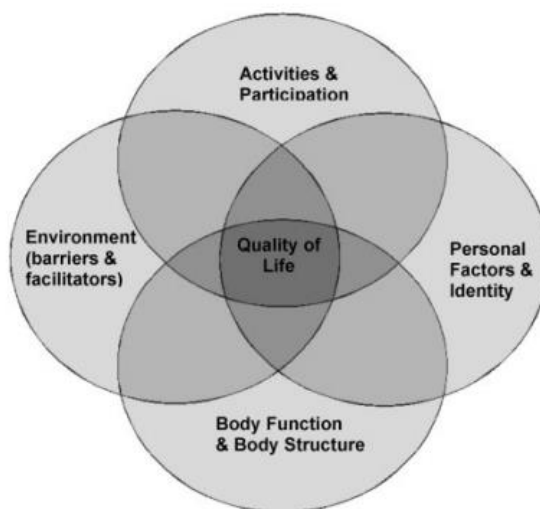
Contudo, a comunicação é a base para a realização de tarefas da vida diária e a afasia poderá acarretar implicações na *Participação* das PCAs nessas mesmas atividades, sendo muitas vezes relatadas situações de isolamento social, desemprego e diminuição do número de atividades de lazer. De igual modo, a presença de *Fatores Contextuais* negativos (*Barreiras*) causa *Limitações da atividade*, diminuindo e restringindo a *Participação* da PCA. Os *Fatores Ambientais*



influenciam o acesso a serviços, oportunidades e informação para as PCAs (Simmons-Mackie & Kagan 2007), bem como os *Fatores Pessoais* (Threats 2007).

No Anexo 4 podem encontrar-se alguns exemplos de implicações da afasia ao nível de *Atividades e Participação* segundo algumas categorias referenciadas na CIF (Simmons-Mackie & Kagan 2007). No Anexo 5 são apresentados exemplos de *Barreiras* e *Facilitadores* encontrados pelas PCAs, considerando os 5 capítulos dos *Fatores Ambientais* descritos na CIF e já referenciados neste trabalho (T. Howe 2008).

Desta forma, a afasia acarreta diversas implicações na qualidade de vida de quem a apresenta. De realçar que a qualidade de vida da pessoa não é diretamente contemplada na CIF (OMS, 2004) mas os itens considerados nesta classificação poderão ter, com certeza, efeito na sua qualidade de vida (Andresen et al. 2000; Threats 2005). Kagan et al. (2007) adaptaram a CIF numa visão esquemática apresentando como ponto central a qualidade de vida da PCA, que se encontra relacionada e afetada por diferentes domínios (ver Figura 1). Para que esta qualidade de vida seja maximizada, a terapia centrada em situações específicas de *Participação* comunicativa e social de cada indivíduo parece ser a mais eficaz (Simmons-Mackie & Kagan 2007).



**Figura 1 - Framework for Outcome Measurement (FROM) De Aphasia Institute (2014).**

## 2.6. Avaliação da afasia

Até há bem pouco tempo, os TFs demonstravam uma maior preocupação em tratar os défices linguísticos resultantes do AVC (Leal 2006), sendo que a avaliação e intervenção na afasia eram centradas na incapacidade (Ross & Wertz 1999).



Threats (2010) acredita que, atualmente, a avaliação da afasia é mais holística, uma vez que considera as necessidades funcionais do indivíduo, convergindo com as diretrizes indicadas na CIF (Threats 2010). Considerando estas linhas orientadoras, o objetivo principal do processo terapêutico é tornar a pessoa capaz de ter uma vida ativa, participando em todas as atividades do quotidiano (Leal 2009). A escolha do instrumento de avaliação a utilizar depende do TF, uma vez que a sua decisão toma em consideração os objetivos da sua intervenção, o contexto no qual será aplicado e as necessidades e expectativas do indivíduo a quem se destina (Simmons-Mackie & Kagan 2007).

Os testes tradicionais de avaliação da afasia permitem identificar os componentes linguísticos que podem estar comprometidos, tais como a nomeação e a compreensão auditiva (Simmons-Mackie & Kagan 2007). De acordo com Ross e Wertz, existem vários instrumentos, a nível internacional, que permitem avaliar as *Funções do Corpo* (Ross & Wertz 2005) (ver Anexo 6).

A avaliação ao nível das *Atividades e Participação* passa pela observação do indivíduo em situações no seu contexto natural ou através da recolha de informações em entrevistas ao indivíduo ou família/cuidadores/amigos. Desta forma, a avaliação funcional da afasia envolve a consideração das tarefas do dia-a-dia, nomeadamente, ao nível das *Atividades*, podendo envolver escalas diversas para avaliar o discurso e descrever as componentes comunicativas do indivíduo (Simmons-Mackie & Kagan 2007). Na avaliação da *Participação* pode recorrer-se às escalas existentes, nomeadamente, a Entrevista utilizada por Hickson e Worrall (2001); Stroke Aphasia Depression Questionnaire (Sutcliffe & Lincoln 1998) e Geriatric Depression Scale (Yesavage & Brink 1983). Estas permitem avaliar a participação da PCA, que permitem determinar quais são os seus hábitos de vida ou papéis relevantes que executa. As informações podem ser recolhidas através de entrevistas, observações e diários informativos que pode ajudar a gerir expectativas de participação, mudanças na participação decorrentes da afasia e alvos de intervenção na participação (Simmons-Mackie & Kagan 2007).

No que respeita às *Barreiras e Facilitadores*, as entrevistas e observações também poderão ser essenciais na obtenção de informações relevantes acerca do ambiente no qual o indivíduo está inserido. A informação recolhida pode ser útil na definição do perfil sociodemográfico da pessoa, permitindo avaliar os *Fatores Pessoais* (Simmons-Mackie & Kagan 2007). Um instrumento sugerido por Ross e Wertz (2005) que permite avaliar os *Fatores Ambientais* é o "Craig Hospital Inventory of Environmental Factors" (Harrison-Felix 2001). Este permite quantificar os *Fatores Ambientais* e compreender qual a sua influência na vida das pessoas





com deficiência, através da medição da frequência e a magnitude das barreiras no seu meio ambiente.

Em Portugal, é escassa a existência de bibliografia acerca deste assunto. Apesar disso, Leal (2003) considera que a tradução e validação de instrumentos de avaliação estrangeiros para a população portuguesa é difícil, em parte devido às diferenças culturais. Na sua prática profissional, para avaliar as alterações linguísticas resultantes, os TFs portugueses recorrem aos instrumentos de avaliação apresentados no Anexo 7 (Matos et al. 2014) (ver Anexo 7).

Além dos instrumentos referidos anteriormente, Matos et. al (2014) referem a existência de outros instrumentos que avaliam os mesmos domínios, nomeadamente, PAL-PORT (Festas, Leitão et al. 2008); SADQ Portuguese Version (Rodrigues, Santos & Leal, 2006); Bateria de Evaluación de la Afasia e Transtornos Relacionados (Pestana, Maia, Leite & Silva, 2008); MMSM (Matos, 2012; Matos & Jesus, 2011b) e PLINC (Santos, Neto, Loff, Velez & Leal, 2013); BL Portuguese Version (Cruz, Santos, Reis & Faisca, 2014) (Matos et al. 2014).

Os instrumentos citados anteriormente têm como objetivo principal a avaliação da linguagem, não valorizando as consequências inerentes à afasia em termos de *Atividades e Participação* na sociedade (Matos 2012). Segundo dados recolhidos por Matos et al. (2014) existem, em versão portuguesa, quatro instrumentos que permitem avaliar as *Limitações de Atividades e Restrições da Participação*: Participation Objective, Participation Subjective (POPS) (Matos, 2012; Matos & Jesus, 2011c; Matos, Jesus, Cruice, & Gomes 2010b); The Activities Participation Profile (Matos, 2012; Matos & Jesus, 2011d; Matos, Jesus, Cruice, & Gomes 2010a), Communication Outcome after Stroke scale (COAST) (Santos, M.); Communication Disability Profile (CDP) (Matos, 2012; Matos & Jesus, 2011a; Matos, Jesus, Cruice, & Gomes 2010b), sendo que este último permite avaliar ainda Fatores Contextuais. Além dos instrumentos referidos existe ainda o BFC (Matos, 2012; Matos & Jesus 2013) que permite avaliar *Barreiras* e *Facilitadores* encontrados por PCAs (Matos et al. 2014) (ver Anexo 8).

### ***Resultados obtidos com a primeira aplicação do BFC (Matos, 2012)***

Matos (2012) através da aplicação do BFC concluiu que as 14 PCAs entrevistadas consideram que dos 77 itens totais, existem 21 que são identificados como *Barreiras à Participação* em todos os grupos constituintes deste instrumento de avaliação. Todos os indivíduos consideraram que o item 40 “falam muitas pessoas a mesmo tempo” é uma *Barreira* e mais de 50% das PCAs entrevistadas referem ser mais complicado comunicar com Estranhos. Por outro lado, vistos como



*Facilitadores* são identificados 41 itens do BFC, sendo que 29 destes itens se encontram no Grupo das *Estratégias do Interlocutor*. O item 1 “está a ouvir com atenção o que lhe diz”, o item 5 “dá-lhe mais tempo para responder”, o item 12 “diz uma ideia de cada vez”, o item 13 “utiliza frases simples” e o item 41 “fala uma pessoa de cada vez” são apontados como *Facilitadores*, dos quais quatro itens fazem parte do Grupo *Estratégias dos Interlocutores* e dois itens são do Grupo dos *Fatores Ambientais e Individuais*. Além destes itens, as PCAs consideraram como *Facilitadores* item 22 “fala e usa gestos ao mesmo tempo”, item 23 “fala e escreve as palavras mais importantes da frase”, o item 24 “pede-lhe para usar gestos” e o item 44 “está ao telefone”.

### **2.6.1. Barriers and Facilitators Checklist (BFC)**

O BFC (Matos, 2102; Matos & Jesus 2013), inicialmente designado de Grelha para Avaliação das Barreiras e Facilitadores (GABF) foi elaborado devido à necessidade de complementar os dados recolhidos durante as entrevistas semi-estruturadas realizadas com a população com afasia envolvida no estudo de Matos (2012). Este permite identificar as *Barreiras e Facilitadores* encontrados pelas PCA durante a sua participação social e comunicativa, após o AVC e a afasia, bem como pelo seu familiar/cuidador/pessoa significativa. Desta forma, permite ao TF definir objetivos para a intervenção terapêutica de acordo com as necessidades, expetativas e vivências diárias da PCA e seus familiares/cuidadores/pessoas significativas (Matos, 2012).

O BFC apresenta como principais objetivos o complemento da avaliação tradicional das PCA, assim como a identificação das *Barreiras e Facilitadores* existentes na comunicação e na participação social da PCA e dos seus interlocutores, na vida diária (Matos, 2012).

Relativamente à sua constituição, o BFC é composto por 78 itens, distribuídos por três grupos: Grupo A - *Estratégias do Interlocutor* (36 itens), Grupo B - *Fatores Ambientais e Individuais* (27 itens); Grupo C - *Fatores Variados* (15 itens). As *Estratégias do Interlocutor* são todas as atitudes e comportamentos colocados em prática pelo interlocutor do processo comunicativo, que podem facilitar ou dificultar a participação da PCA no processo (exemplo “Está a ouvir com atenção o que lhe diz”). Aos *Fatores Ambientais e Individuais* dizem respeito aos fatores que existem no contexto ou na própria PCA que podem interferir de alguma forma a participação social da PCA (e.g. “Há uma barreira de vidro” ou “Dormiu mal”). Por último, o grupo dos *Fatores Variados* que diz respeito a fatores



associados à afasia e/ou que sendo extrínsecos à PCA podem interferir na sua participação social (Matos 2012).

A aplicação do BFC pode ser realizada a dois grupos distintos: à PCA ou ao seu familiar/cuidador/pessoa significativa.

Para uma aplicação adequada do *BFC* é necessário a folha de registo das respostas, os cartões com cada item escrito e imagens de “Fácil” e “Difícil”, de forma a facilitar a obtenção de uma resposta por parte das PCAs. No que diz respeito as cartões sugeridos, estes são relativos a cada item constituinte do BFC e contemplam algumas normas, referidas por Herbert et al. (2012): tipo de letra Arial ou Calibri; tamanho de letra entre 14 e 18 pt; palavras mais importantes a negrito com um tamanho de letra 2 pt acima das restantes; muito espaço branco em torno da mensagem.

A validade de conteúdo do BFC foi estimada por duas alunas de Licenciatura em Terapia da Fala (Sophie Oliveira e Cátia Tavares) pela Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro em 2013, da qual resultou a segunda versão do instrumento, utilizada neste trabalho. Para tal, foi constituído um painel de peritos com 8 TFs, que realizou a avaliação de cada item constituinte do BFC através de uma Escala de Likert relativa aos parâmetros de relevância, clareza, simplicidade e ambiguidade. Os resultados obtidos pelas alunas foram analisados segundo o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) (Alexandre & Coluci 2011; Polit & Beck 2006; Martuza 1977), tendo sido obtido um valor total de 0.997. Relativamente ao IVC de cada item, concluíram que não havia necessidade de eliminar nenhum dos itens que constituem a folha de registo, mantendo-se o total de 78 itens.

As alunas Sophie Oliveira e Cátia Tavares elaboraram ainda o Manual do BFC, que serviu de ponto de partida para a elaboração deste trabalho. Este foi elaborado com o intuito de auxiliar e orientar o TF na sua aplicação, bem como esclarecer possíveis dúvidas que possam surgir durante a mesma. É composto por quatro componentes principais: a introdução teórica, onde são abordadas algumas temáticas pertinentes relacionadas com a afasia; uma descrição acerca do BFC (objetivos, população a que se destina, constituição do mesmo, materiais necessários e normas de aplicação); uma folha de registo das respostas obtidas para a aplicação do BFC; cartões elaborados de acordo com o formato “aphasia friendly”, de forma a facilitar a aplicação da folha de registo e consequente compreensão por parte da PCA.



## 2.7. Facilitar a Participação

Muitos dos desafios associados à incapacidade podem ser consideravelmente reduzidos se ocorrer uma mudança de comportamento das pessoas, assim como, alteração dos ambientes envolventes (Byng & Duchan 2005). O papel do TF passa pela educação e consciencialização da sociedade acerca de todas as implicações que a afasia acarreta. Em muitos dos casos, este trabalho é exigente pois o conceito de afasia é abstrato e difícil de se compreender. Muitas pessoas nunca ouviram falar deste termo, devendo por isso, conhecer e compreender qual o impacto da afasia na vida destes indivíduos (Brown et al. 2006).

Na intervenção terapêutica é importante definir objetivos de intervenção juntamente com a PCA e a sua família, sendo que a identificação de objetivos individuais permite uma reabilitação mais efetiva (Worrall et al. 2011). O propósito da intervenção ao nível dos *Fatores Ambientais* externos é a eliminação das barreiras à participação e promoção de um contexto facilitador que permita a autonomia e o bem-estar do indivíduo. Esta abordagem começa por identificar, desde logo, o ambiente da PCA (fatores psicológicos, atitudinais e sociais) e o ambiente em geral (oportunidades de emprego, acesso a cuidados de saúde) (Simmons-Mackie & Kagan 2007). Chapey et al. (2001), Kagan, (1998), Parr et al. (1997) e Pound et al. (2001) consideram que um dos objetivos principais de intervenção é a necessidade de criação de ambientes “aphasia-friendly”. Este termo é utilizado quando um determinado ambiente é apropriado para utilização de um indivíduo ou grupo de indivíduos com afasia. Através dos *Fatores Ambientais* reconhecidos pela CIF, é possível compreender melhor o conceito de “aphasia-friendly”, uma vez que estes permitem identificar aspetos específicos ambientais que permitirão um melhor acesso às PCAs (Howe et al. 2004).

Durante o processo comunicativo com uma PCA, o parceiro de comunicação pode desempenhar um papel relevante, uma vez que através do seu treino este processo pode melhorar, aumentando o número de interações positivas (Matos 2012). Para comunicar eficazmente com a PCA deverá ser capaz de recorrer a algumas formas de suporte comunicativo (Luck & Rose 2007). A recorrência a estratégias de comunicação aumentativa e alternativa poderão facilitar a comunicação com estes indivíduos pois ajuda a que o parceiro comunicativo tenha uma maior certeza de que a PCA compreende aquilo que lhe é transmitido, bem como assegura que a PCA se expressa e é compreendida adequadamente apesar das suas limitações (Dalemans et al. 2009). Para simplificar a comunicação o parceiro comunicativo pode recorrer a formatos “aphasia-friendly”, nomeadamente, utilizar conceitos mais claros para especificar o contexto em questão, utilizar o tipo



Negrito e uma fonte clara para a escrita de questões, utilizar uma estrutura visual clara e fornecer o tempo necessário para a sua leitura (Dalemans et al. 2009). Para que a PCA se expresse adequadamente pode recorrer a estratégias de comunicação total, tais como a utilização de desenhos, escrita, pictogramas, figuras, gestos, mímica, expressões faciais e pistas ambientais (como cadernos de comunicação) (T. Howe 2008; Dalemans et al. 2009; Luck & Rose 2007). O parceiro de comunicação pode providenciar uma forma adequada para que a PCA responda, por exemplo, através de perguntas com resposta “Sim” ou “Não” e pode utilizar estratégias que permitem evidenciar a competência do indivíduo, como por exemplo, através da utilização de uma comunicação natural (Howe et al. 2004).



## CAPÍTULO 3 - METODOLOGIA

### 3.1. Introdução

Este estudo de investigação é um estudo de validação psicométrica. Globalmente, a psicometria procura explicar o sentido das respostas dadas pelos sujeitos a uma série de tarefas (Pasquali 2009, p.993). Adicionalmente pode ser considerado um estudo do tipo explicativo/preditivo pois deseja-se examinar, de forma sistemática, a relação existente entre duas ou mais variáveis, com o objetivo de fornecer explicações. Mais concretamente é um estudo correlacional de nível III, uma vez que permite verificar a natureza das relações que existem entre determinadas variáveis. O método utilizado em estudos do nível III baseia-se em métodos quantitativos de colheita de dados, nos quais se pode estimar a validade e fidelidade dos instrumentos de medida (Fortin 1999).

A validade e a fiabilidade são aspetos essenciais em qualquer método experimental, que permitem determinar a qualidade de um instrumento de medida (Fortin 1999).

A *validade* diz respeito ao grau de precisão com que os conceitos em estudo são representados pelos enunciados específicos de um instrumento de medida. Esta pode ser calculada de diferentes formas (Fortin 1999): validade do conteúdo, validade dos critérios e validade dos construtos.

A *fiabilidade* é uma condição anterior à validade, no entanto, não é suficiente para assegurar a validade de um instrumento. A fiabilidade corresponde à precisão e constância dos resultados que um instrumento fornece. A fidelidade pode ser estimada através de diferentes formas: estabilidade ou fiabilidade intra-avaliador e fiabilidade inter-avaliadores (Fortin 1999).

### 3.2. Considerações Éticas do Estudo

Durante a elaboração desta Dissertação foram tomados em consideração aspetos éticos fundamentais. Para isso, foram elaborados de acordo com a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000), dois tipos de consentimento livre e informado: um destinado à população em geral (ver Anexo 9) e outro adaptado às PCA (ver Anexo 10). A cada participante incluído no estudo foi solicitada a assinatura prévia deste consentimento. Este documento adaptado foi elaborado segundo o formato "aphasia friendly", ou seja, utilizando uma linguagem simples, espaço entre as palavras-chave e complemento da informação escrita com



imagens ou pictogramas (Dalemans et al. 2009; Herbert et al. 2012; Rose et al. 2003).

Foram contactadas diversas instituições públicas, através de pedidos de autorização, com o objetivo de obter a sua aprovação para a recolha os dados nas mesmas (ver Anexo 11). Foram ainda consultadas as Comissões de Ética de cada instituição, caso existissem, e uma Comissão de Ética (CE) independente para aprovação do estudo (ver Anexo 12). Das seguintes instituições foram obtidos pareceres positivos por parte da CE do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Hospital Francisco Zagalo (Ovar), Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais e Unidade de Cuidados Continuados (Tocha) e Hospital Misericórdia (Mealhada) (ver Anexo 13).

### **3.4. Critérios de Inclusão**

No decurso da seleção da amostra, foi realizada a avaliação de 18 PCAs, das quais foram selecionados 14 participantes. Esta seleção foi realizada tendo em conta os seguintes critérios de inclusão definidos para posterior aplicação do BFC: pessoas de ambos os géneros; pessoas de qualquer idade; pessoas nativas do Português Europeu (PE) ou que usam a Língua Portuguesa como primeira língua; com afasia, de acordo com a Bateria de Avaliação de Afasia de Lisboa (BAAL) (Castro- Caldas, 1979; Damásio, 1973; Ferro, 1986); com um nível de compreensão mantida ( $\text{score} \geq 7$ ) ou com capacidade de resposta sim/não preservada, de acordo com a prova opcional de compreensão auditiva da BAAL ( $\text{score} \geq 7$ ) e pessoas em qualquer estado de recuperação da afasia.

### **3.5. Participantes**

Uma vez que os elementos da população não têm a mesma probabilidade de serem selecionados para constituírem a amostra, este estudo apresenta uma amostra não probabilística. Trata-se de uma amostra por quotas, pois no processo de amostragem foram selecionados indivíduos da população com características específicas (com afasia) (Fortin 1999).

Para melhor caracterizar a amostra selecionada, utilizou-se a Ficha de Caracterização da PCA (ver Anexo 14), que permitiu a recolha de alguns dados sociodemográficos pertinentes acerca do indivíduo e da sua condição de saúde (ver Anexo 15).

A amostra é composta por 9 elementos do sexo masculino e 5 do sexo feminino, cujas idades variam entre os 46 aos 76 anos, e dos quais 6 elementos



apresentam o 1º ciclo de escolaridade. Todos os participantes apresentam o AVC como etiologia, sendo que 6 dos indivíduos apresentam Afasia Transcortical Motora, 3 revelam Afasia de Broca e os restantes quatro indivíduos apresentam ou Afasia Transcortical Sensorial ou Global ou Anómica e ou de Condução.

### **3.6. Instrumentos utilizados**

Antes da aplicação da folha de registo do BFC, foi necessária a aplicação da BAAL (Castro-Caldas 1979; Damásio 1973; Ferro 1986). Este procedimento é essencial, uma vez que, através dos resultados obtidos nas suas provas principais, assegura que o indivíduo se enquadra nos critérios de inclusão definidos para a posterior aplicação do BFC. A sua aplicação envolveu apenas as quatro provas principais que permitem definir o tipo de afasia apresentado pelo indivíduo: Avaliação da Fluência do Discurso; Nomeação de Objetos; Compreensão de Ordens simples e Repetição de Palavras. Nos casos em que o indivíduo apresentou perturbação na prova de Compreensão de Ordens (<8 pontos), aplicou-se a Prova Opcional de Compreensão Auditiva da BAAL. Se o indivíduo reuniu todos os critérios de inclusão definidos, segue-se para a fase seguinte, na qual se procede à aplicação da folha de registo do BFC.

Durante a aplicação do instrumento, o avaliador procedeu à leitura em voz alta de cada enunciado e forneceu uma pista (um cartão facilitador) para estimular uma resposta por parte da PCA. Posteriormente foi solicitado que cada participante se pronunciasse acerca da facilidade ou dificuldade em reagir perante cada item que lhe era apresentado. Para facilitar a obtenção de uma resposta fidedigna por parte de cada participante utilizou-se uma folha de resposta com as possibilidades escritas "Fácil" e "Difícil", acompanhadas de imagens representativas (ver Anexo 16). Sempre que foi obtida uma resposta por parte do participante, o investigador confirmou a resposta dada de forma a verificar a compreensão adequada de cada item em análise. Nas situações necessárias, ou quando requerido diretamente pelo participante, realizou-se a repetição do item ou clarificou-se qualquer dúvida relativa a algum item, com exemplos da vida diária.

Na folha de registo do BFC, inicialmente existiam duas possibilidades de resposta "é mais fácil" e "é mais difícil". No entanto, aquando da aplicação do BFC à amostra selecionada, verificou-se a necessidade de inclusão de uma nova possibilidade de resposta. Esta corresponde a um nível intermédio, no qual as PCAs não consideram que o item equivale a uma dificuldade ou facilidade, uma vez que "é igual".





### **3.7. Procedimentos**

#### **3.7.1. Validade de conteúdo do Manual**

A validade de conteúdo permite verificar se um instrumento de medida e os seus enunciados representam de forma adequada o conceito ou o domínio em estudo (Fortin 1999). Para tal pode recorrer-se a um painel de peritos, que realiza esse julgamento, examinando a forma como o mesmo traduz o fenómeno que se pretende estudar, sendo posteriormente calculada pelo investigador a percentagem de concordância entre os juízes (Fortin 1999; Alexandre & Coluci 2011; Martuza 1977; Polit & Beck 2006). Este painel deve ser constituído por profissionais da área de aplicação do instrumento e deve ser constituído entre 5 a 10 peritos (Yaghmaie 2003; Alexandre & Coluci 2011).

Partindo da primeira versão do Manual do BFC foram realizadas algumas alterações de forma a melhorar o mesmo, do qual resultou a segunda versão, utilizada para realizar o processo de validação.

Para realizar o julgamento da validade de conteúdo do Manual, foi constituído um painel de peritos. Para isso foram contactados, através de correio eletrónico (ver Anexo 18), os 8 TFs que já haviam julgado a validade de conteúdo da folha de registo do BFC no estudo das alunas de Licenciatura em 2013. Os dados mais relevantes acerca do painel de peritos podem ser consultados no Anexo 19 (ver Anexo 19).

Para iniciar a recolha dos dados relativos à validade foram elaboradas uma Ficha de Caracterização Pessoal (ver Anexo 20) e uma Grelha de Avaliação (ver Anexo 21), ambas a ser preenchidas por cada profissional consultado. A avaliação da globalidade do instrumento foi realizada para os parâmetros de Relevância, Clareza, Simplicidade e Ambiguidade (Yaghmaie 2003). Para avaliar cada um deles foi utilizada uma Escala de Likert, na qual cada um dos juízes indicou se está mais ou menos de acordo ou em desacordo em relação a cada enunciado apresentado (Fortin 1999), selecionando entre cinco respostas possíveis. Por exemplo, para a dimensão da Relevância, o perito pode pontuar da seguinte forma (Fortin 1999; Yaghmaie 2003; Alexandre & Coluci 2011): 1- item não relevante; 2- item relevante mas necessita de grande revisão; 3- item neutro; 4- item relevante mas necessita de pequena revisão; 4- item muito relevante. Após a obtenção das respostas efetuadas pelo painel de peritos foi realizada a sua análise utilizando o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) (Yaghmaie 2003; Alexandre & Coluci 2011). Foi ainda calculado um coeficiente de concordância entre os peritos, através do coeficiente *Kappa de Fleiss*, descrito mais à frente.



O IVC permite medir a proporção ou percentagem de juízes que estão em concordância sobre determinados aspetos do instrumento e dos seus itens (Alexandre & Coluci 2011). Recorrendo a um painel constituído por seis ou mais peritos, como neste caso, para que o IVC de cada enunciado (e.g. *Introdução aos conceitos* ou *População alvo*) seja representativo, Lynn (1986) e Polit e Beck (2006) recomendam um IVC não inferior a 0.78, podendo este ser calculado da seguinte forma (Lynn 1986; Polit & Beck 2006):

$$\text{IVC} = \frac{\text{número de respostas "4" ou "5"}}{\text{número total de respostas}}$$

Para calcular o IVC de cada dimensão avaliada (Relevância, Clareza, Simplicidade e Ambiguidade), Polit e Beck (2006) recomendam a soma do IVC de todos os enunciados individuais para cada dimensão, realizando posteriormente a divisão do resultado obtido pelo número total de enunciados. A proporção final deverá ser de 0.90 ou mais (Polit & Beck 2006).

O coeficiente *Kappa de Fleiss (Kappa)* permite avaliar a concordância existente entre um número fixo de avaliadores que atribui determinadas pontuações categóricas a um determinado número de itens (Randolph 2005). Para o cálculo do *Kappa* existem duas variantes: o *fixed-marginal multirater kappa* (Siegel & Castellan 1998); *Randolph's free-marginal multirater kappa* (Randolph 2005; Warrens 2010). O *Kappa* pode ser calculado para qualquer número de casos, categorias e número de avaliadores.

O uso do *Randolph's free-marginal kappa* é recomendado quando os peritos não são obrigados a atribuir um certo número de classificações para cada dimensão, o que se verifica neste caso. Os valores de *Kappa* podem variar entre [-1 e 1], sendo que o valor -1 indica discordância total e o valor 1 indica uma concordância perfeita. Não existem valores de referência universais para avaliar o nível de concordância entre peritos a partir dos valores de *Kappa*. No entanto, Brennan e Prediger (1981) sugerem que para valores superiores a 0.70 pode-se concluir que existe concordância adequada entre os avaliadores (Brennan & Prediger 1981).

Para realizar este cálculo foram agrupadas as respostas 1 e 2 (respostas negativas) e as respostas 4 e 5 (respostas positivas), resultando em três categorias. Quanto ao número de avaliadores foram considerados 8 peritos e quanto ao número de enunciados foram considerados 8 (*Introdução aos conceitos*,



Objetivos do BFC, População-alvo, Constituição do BFC, Materiais necessários, Normas de Aplicação, Folha de Registo do BFC e Cartões Facilitadores para aplicação do BFC).

### **3.7.2. Fiabilidade**

Tal como foi referido anteriormente, a fiabilidade de um instrumento diz respeito à sua precisão enquanto instrumento de medida e pode ser averiguada através da análise da consistência ou estabilidade desse método. Um instrumento fiável não deve produzir resultados significativamente diferentes se for repetido sobre o mesmo indivíduo e nas mesmas condições. Nesta dissertação iremos considerar a fiabilidade intra-avaliador e a fiabilidade inter-avaliador.

#### **- Fiabilidade intra-avaliador**

A fiabilidade intra-avaliador ou do Teste e Reteste traduz o grau de semelhança, medido usualmente através da correlação dos resultados obtidos em momentos distintos, mas aplicados sobre as mesmas condições de medição (Fortin 1999). No caso do presente instrumento, o BFC, a fiabilidade intra-avaliador foi avaliada comparando as classificações de um mesmo avaliador realizadas em dois momentos diferentes. Para estimar a fiabilidade intra-avaliador do BFC foi realizada a aplicação da sua folha de registo, juntamente com os cartões facilitadores para a sua compreensão. Uma vez que o BFC foi aplicado por dois avaliadores diferentes, em dois momentos diferentes, obtiveram-se duas estimativas da fiabilidade intra-avaliador, para cada item do instrumento.

Alguns autores sugerem um intervalo de tempo de duas a quatro semanas entre as medições (Fortin 1999), enquanto outros sugerem um período mais curto, entre sete a dez dias (Pashek 2008). O processo para estimar a fiabilidade intra-avaliador foi de carácter individual e realizou-se em dois momentos distintos, sendo definido um intervalo de sete a dez dias entre a aplicação do Teste (momento 1) e Reteste (momento 2) sugerido por Pashek (2008).

Uma vez que as duas avaliações foram de carácter independente foi possível estimar a fiabilidade intra-avaliadores, recorrendo ao *kappa de Fleiss* e à percentagem de concordância, dada pela razão entre o número de casos em que os avaliadores estão de acordo e o número total de casos avaliados.



### - Fiabilidade inter-avaliador

A fiabilidade entre avaliadores diz respeito ao grau de concordância existente entre os resultados de dois ou mais observadores independentes que utilizam os mesmos instrumentos de medida em sujeitos, ou observam e registam o mesmo acontecimento (Fortin 1999).

A aplicação do BFC e dos seus cartões facilitadores para a sua aplicação foi efetuada por um avaliador (avaliador 1), pontuada e filmada com a câmara de vídeo TOSHIBA Camileo 400 full HD 3974, para posterior análise por parte de outro avaliador (avaliador 2). Uma vez que as duas avaliações foram de caráter independente, foi possível estimar a fiabilidade inter-avaliadores recorrendo ao *Kappa de Fleiss* e à percentagem de concordância.

Tal como já foi referido anteriormente, Brennan e Prediger (1981) sugerem que para valores de *Kappa de Fleiss* superiores a 0.70 pode concluir-se que existe concordância adequada entre os avaliadores (Brennan & Prediger 1981). Por outro lado, em termos de percentagem de concordância, Nuendorf (2002) sugere que para coeficientes iguais ou superiores a 0.90 (90%) existe uma excelente concordância; coeficientes iguais ou superiores a 0.80 (80%) apresentam um valor de boa concordância e, os coeficientes iguais a 0.70 (70%) podem ser apropriados em alguns estudos exploratórios para alguns itens (Neuendorf 2002, p.145). Para este trabalho foi considerado um limiar de 80% para uma boa concordância.

### 3.8. Análise dos dados

Na análise dos dados obtidos com a aplicação do BFC recorreu-se ao software *Statistical Package for Social Sciences*® (SPSS) 20.0 e ao *Online Kappa Calculator* (disponível em <http://justusrandolph.net/kappa/>).



## CAPITULO 4 – RESULTADOS

### 4.1. Introdução

Este capítulo encontra-se dividido em duas partes. Na primeira são apresentados os resultados obtidos durante o processo de validação do Manual do BFC e, na segunda parte, serão apresentados os dados obtidos com a aplicação do BFC aos 14 participantes inquiridos.

#### 4.1.1. *Validade de conteúdo do Manual do BFC*

No Anexo 22, encontra-se o quadro com os resultados obtidos relativamente aos pareceres do painel de peritos consultado para julgar a validade de conteúdo do Manual do BFC. Na tabela do Anexo 22 são apresentados os valores individuais do IVC de cada enunciado, para cada uma das dimensões analisadas, bem como o IVC total de cada dimensão. São ainda apresentados os valores de *Kappa de Fleiss*, bem como as percentagens de concordância existente entre o painel de peritos.

##### - IVC de cada enunciado

Relativamente ao IVC de cada enunciado, quanto à sua *Relevância*, o painel de peritos avaliou os 8 enunciados constituintes do Manual, resultando numa avaliação positiva em todos os itens avaliados (pontuações de 4 e 5), não sendo atribuída consequentemente nenhuma pontuação negativa. Desta forma, obteve-se um IVC igual a 1.00 em sete dos enunciados avaliados e 0.875 no enunciado em falta (*Cartões facilitadores para aplicação do BFC*).

No que respeita à *Clareza*, em sete enunciados obtiveram-se valores positivos (pontuação 4 e 5) e em apenas um (*Introdução aos conceitos*), uma pontuação negativa (pontuação 2). Em cinco enunciados foi obtido um IVC de 1.00 (*Objetivos do BFC*, *População alvo*, *Constituição do BFC*, *Materiais necessários e Normas de Aplicação*) e nos restantes três (*Introdução aos conceitos*, *Folha de registo do BFC* e *Cartões Facilitadores para aplicação do BFC*) observou-se um IVC de 0.875.

Quanto à *Simplicidade*, o painel avaliou a totalidade dos itens com um parecer positivo (pontuação 4 e 5) ou neutro (pontuação 3). Em quatro enunciados (*Objetivos do BFC*, *População alvo*, *Materiais necessários* e *Cartões Facilitadores para aplicação do BFC*) foi obtido um IVC de 1.00 e nos restantes (*Introdução aos Conceitos*, *Constituição do BFC*, *Normas de Aplicação* e *Folha de Registo do BFC*) um IVC de 0.875.



Finalmente, relativamente à *Ambiguidade*, os enunciados foram avaliados com uma pontuação positiva ou neutra pelo painel de peritos, no entanto, em cinco dos enunciados (*Introdução aos Conceitos*, *Objetivos do BFC*, *População alvo*, *Materiais necessários* e *Normas de Aplicação do BFC*) obteve-se um IVC de 1.00. Em dois itens (*Constituição do BFC* e *Cartões Facilitadores*) o IVC foi de 0.875 e num item (*Folha de Registo do BFC*) o IVC foi de 0.75.

#### **- IVC de cada dimensão**

A dimensão da *Relevância* foi a que apresentou um valor de IVC total mais elevado, seguindo-se o IVC total para a dimensão da *Clareza* que foi de 0.76. O valor do IVC total para a *Simplicidade* e *Ambiguidade* foi o mesmo, de 0.75.

#### **- Kappa de Fleiss**

Os resultados relativos à concordância inter-avaliador entre os elementos do painel de peritos encontra-se no Anexo 22.

A dimensão da *Relevância* foi a que apresentou um valor de *Kappa de Fleiss* mais elevado, de 0.91, sendo que a percentagem total de concordância foi de 94%.

Quanto aos domínios da *Clareza* e da *Ambiguidade*, o *Kappa de Fleiss* a foi de 0.86 e 0.83 respetivamente, no entanto, no domínio da *Clareza* a percentagem total de concordância foi ligeiramente superior que no da *Ambiguidade*, 90% e 88% respetivamente.

Na *Simplicidade* foi obtida uma percentagem de concordância inferior aos domínios referidos anteriormente, de 87%. Relativamente ao *Kappa de Fleiss* este é o que apresenta o valor mais baixo de todos os domínios (0.81).

#### **4.1.2. Fiabilidade intra-observador do BFC**

No Anexo 23 são apresentados os dados relativos à fiabilidade intra-avaliador, no qual foram comparados os resultados obtidos no momento 1 (teste) e 2 (reteste) por cada avaliador.

De acordo com a tabela apresentada no Anexo 23 pode verificar-se que em todos os grupos avaliados pelo *Avaliador 1*, existem apenas 4 itens (2, 26, 60 e 70) em que se verifica um valor de *kappa de Fleiss* igual a 1.000 entre o momento 1 e o momento 2.

No Grupo A (*Estratégias do Interlocutor*) existem 15 itens (1, 4, 8, 10, 13, 14, 19, 20, 21, 24, 28, 30, 32, 33 e 36) cujo valor de *kappa de Fleiss* é superior a



0.70 e 18 itens (3, 5, 6, 7, 9, 11, 12, 15, 16, 17, 18, 22, 23, 25, 27, 31, 34 e 35) em que o valor de *kappa de Fleiss* é inferior a 0.70.

No Grupo B (*Fatores Ambientais e Individuais*), aparecem 10 itens (38, 42, 43, 45, 47, 48, 51, 53, 55 e 63) cujo valor de *kappa de Fleiss* se situa acima de 0.70. Com um valor de *kappa de Fleiss* inferior a 0.70, podem observar-se 16 itens (37, 39, 40, 41, 44, 46, 49, 50, 52, 54, 56, 57, 58, 59, 61 e 62).

Finalmente no Grupo C (*Fatores Variados*), com valores de *kappa de Fleiss* acima de 0.70 podem observar-se 9 itens (65 – triste, 65 – contente, 69 – amigos, 69 – familiares, 69 – vizinhos, 71 – hospital, 71 – clínica, 73 e 78). Os itens 64, 65 – emocionado, 66, 67, 68, 71 – centro de saúde, 72 – empregado, 72 – reformado, 74, 75, 76 e 77 revelam um valor de *Kappa de Fleiss* inferior a 0.70.

Relativamente ao *Avaliador 2*, em ambos os momentos, nos Grupos A e C existem 5 itens (2, 26, 53, 67 e 70) cujo valor de *kappa de Fleiss* é máximo, 1.000.

No Grupo A, identificam-se 16 itens (1, 4, 8, 10, 13, 14, 19, 20, 21, 24, 28, 29, 30, 32, 33 e 36) cujo valor de *kappa de Fleiss* é superior a 0.70. Nos restantes itens, o valor de *Kappa de Fleiss* encontra-se abaixo de 0.70.

Relativamente ao Grupo B, os itens 40, 43, 46, 47, 48, 51, 55, 60 e 63 apresentam um valor de *kappa de Fleiss* superior a 0.70. Com valores de *kappa de Fleiss* inferiores a este valor observam-se os restantes itens.

No Grupo C, a avaliação do avaliador 2 resultou em 8 itens (65 – triste, 65 – emocionado, 68, 69 – amigos, 69 – vizinhos, 71 – clínica, 73 e 78) cujo valor de *kappa de Fleiss* se situa acima 0.70. Nos itens 64, 65 – contente, 66, 68, 71 – hospital, 71 – centro de saúde, 72 – empregado, 74, 75, 76 e 77, o valor de *Kappa de Fleiss* é inferior a 0.70.

#### **4.1.3. Fiabilidade inter-avaliador do BFC**

Relativamente à fiabilidade das respostas entre avaliadores foram obtidos os resultados apresentados no Anexo 24.

Relativamente ao Momento 1 (teste), no Grupo A, dos 36 itens avaliados 26 deles (item 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 33 e 36) apresentam um valor de *kappa de Fleiss* igual a 1.000 e por conseguinte, uma percentagem de concordância entre avaliadores de 100%. Nos itens 5, 9, 16, 19, 31, 32, 34 e 35 o valor de *Kappa de Fleiss* é superior a 0.70, sendo que apenas um item apresenta um valor de *kappa de Fleiss* inferior a 0.70 e uma percentagem de concordância inferior a 80% (item 26).



No que diz respeito ao Grupo B, 16 dos itens (37, 38, 39, 41, 42, 43, 45, 49, 51, 54, 55, 56, 57, 59, 61 e 63) apresentam um valor de *kappa de Fleiss* igual a 1.000, mostrando consequentemente uma percentagem de concordância entre os dois avaliadores de 100%. Nos restantes onze itens (40, 44, 46, 47, 48, 50, 52, 53, 58, 60 e 62) o valor de *kappa de Fleiss* é superior a 0.70.

No Grupo C, os itens 64, 65 – contente, 67, 69 – familiares, 69 – vizinhos, 70, 71 – hospital, 72 – empregado, 72 – reformado, 77 e 78 apresentam uma percentagem de concordância igual a 100%. Em 9 itens (65 – triste, 66, 68, 71 – centro de saúde, 71 – clínica, 73, 74, 75 e 76) o valor de *kappa de Fleiss* foi superior a 0.70. Com um valor de *Kappa de Fleiss* inferior a 0.70 observa-se apenas um o item 65 – emocionado.

Considerando o Momento 2 (reteste), no Grupo A, 26 dos itens (1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 31, 33 e 35) apresentam um *kappa de Fleiss* igual a 1.000. Em dez itens (5, 9, 16, 17, 19, 25, 30, 32, 34 e 36), embora não exista concordância perfeita entre os avaliadores, o valor do *kappa de Fleiss* é superior a 0.70.

No Grupo B, 16 itens (39, 43, 49, 50, 54, 55, 56, 60, 61 e 63) apresentam um valor de *kappa de Fleiss* igual 1.000. Nos itens 37, 38, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 51, 52, 53, 57, 58, 59 e 62 o valor de *Kappa de Fleiss* encontra-se acima de 0.70.

No Grupo C, existem 9 itens (64, 66, 69 – amigos, 70, 71 – hospital, 71 – clínica, 72 – empregado, 72 – reformado e 77) cuja percentagem de concordância é de 100%. Dos restantes 13 itens, apenas dois itens apresentam um valor de *Kappa de Fleiss* inferior a 0.70.





## CAPÍTULO 5 - DISCUSSÃO

### 5.1. Introdução

Neste capítulo são discutidos os principais resultados relativamente ao IVC do Manual do BFC, bem como a concordância entre os peritos relativamente aos 8 enunciados constituintes do mesmo nas diferentes dimensões avaliadas. São ainda discutidos os resultados relativos à fiabilidade intra-avaliador (teste e reteste) e inter-avaliador (avaliador 1 e avaliador 2) do BFC, bem como a comparação dos resultados obtidos neste trabalho na fiabilidade inter-avaliador com os resultados obtidos no estudo de Matos (2012).

### 5.2. Validade do Manual do BFC

Analisando o **IVC de cada enunciado**, na dimensão da Relevância existe um enunciado (*Cartões Facilitadores para a aplicação do BFC*), na dimensão da Clareza existem três enunciados (*Introdução aos conceitos*, *Folha de Registo do BFC* e *Cartões Facilitadores para a aplicação do BFC*), na dimensão da Simplicidade existem quatro enunciados (*Introdução aos conceitos*, *Constituição do BFC*, *Normas de Aplicação* e *Folha de Registo do BFC*) e na dimensão da Ambiguidade observam-se três enunciados (*Constituição do BFC*, *Folha de Registo do BFC* e *Cartões de Aplicação do BFC*), com um IVC inferior a 1.00. Em apenas um enunciado dos enunciados anteriores (*Folha de registo no domínio da Ambiguidade*) se observa um valor de IVC de 0.75, ou seja, inferior ao sugerido como significativo por Lynn (1986) e Polit e Beck (2006), de 0.78 para um painel de peritos constituído por seis ou mais elementos. Assim sendo, embora os restantes 10 enunciados apresentem um valor inferior ao considerado como perfeito, os seus valores encontram-se acima do valor considerado como significativo pelos autores anteriormente citados (0.78).

No Anexo 22 (relativo à Validade de Conteúdo do Manual do BFC), destacam-se pela negativa algumas pontuações. A primeira é relativa ao enunciado *Introdução aos conceitos*, na dimensão da Clareza, em que se verifica a existência de uma pontuação negativa (pontuação 2). Apesar deste valor negativo, os restantes elementos do painel de peritos avaliaram com uma pontuação positiva este enunciado, o que resultou num IVC de 0.875, ou seja, acima do considerado como significativo por Lynn (1986) e Polit e Beck (2006). O segundo destaque é referente ao enunciado *Constituição do BFC*, nas dimensões da Simplicidade e Ambiguidade, onde se verificou um maior número de respostas de nível 4 do que



de nível 5. Apesar destes valores, não existiu uma consequência negativa ao nível do IVC deste enunciado em ambos os domínios, uma vez que é superior ao sugerido como significativo pelos autores já citados anteriormente.

Analisando os valores totais de IVC para cada dimensão em estudo, a dimensão da Relevância é aquela que apresenta um IVC total mais elevado, de 0.98, acima do valor aconselhado (0.90) por Polit & Beck (2006). Nas restantes dimensões, o IVC total em cada uma delas situa-se abaixo do valor sugerido (superior a 0.90) pelos autores (Polit & Beck 2006) referidos anteriormente.

Na dimensão da Simplicidade e da Ambiguidade, o IVC total em ambos é de 0.75, uma vez que é influenciado pela existência de pelo menos uma resposta de um elemento se situar no nível neutro, não sendo contabilizada nos cálculos de IVC de cada enunciado. Na dimensão da Ambiguidade, um dos enunciados apresenta o valor mais baixo de todas as dimensões, uma vez que foram atribuídas duas respostas de nível neutro, diminuindo consequentemente o valor total do IVC do enunciado.

Na dimensão da *Clareza*, o valor do IVC total baixo (0.76) pode ser explicado devido ao facto de existirem três enunciados nos quais se observam dois tipos de resposta, sendo que num deles, um dos elementos do painel classificou o enunciado com uma pontuação negativa.

Relativamente à **concordância entre peritos**, em todas as dimensões avaliadas pelo painel de peritos, o *Kappa* é considerado elevado, pois é superior a 0.70 (Siegel & Castellan 1998; Marshall et al. 1998). Quanto mais próximo de 1.00 for o valor de *kappa*, melhor será a concordância existente entre os elementos que constituem o painel de peritos. Assim, pode concluir-se que existe uma grande concordância entre os avaliadores relativamente à Relevância, Clareza, Simplicidade e Ambiguidade dos enunciados constituintes do Manual do BFC.

A dimensão da Relevância é a que indica uma percentagem de concordância mais elevada, de 94%. Este valor pode ser justificado pela diminuta variação das pontuações atribuídas, uma vez que em apenas um dos enunciados existiram dois tipos de resposta o que impediu a concordância total (1.000).

No que diz respeito à dimensão da Clareza, a percentagem de concordância entre os peritos foi de 90%, apresentando um valor de *kappa* igual a 0.86. O valor de *kappa* é considerado elevado, pois encontra-se acima de 0.70, indicando uma excelente concordância entre os elementos que avaliaram os enunciados relativos a esta dimensão (Siegel & Castellan 1998; Marshall et al. 1998).

A dimensão da Simplicidade é a que apresenta valores de *kappa* (0.81) e percentagem de concordância (87%) entre os elementos do painel de peritos mais



baixos. Contudo, a dimensão da Ambiguidade e a da Simplicidade, apresentam o mesmo valor total do IVC, de 0.75. Este valor pode ser justificado devido aos enunciados *Introdução aos conceitos e Normas de Aplicação*, que resultou na dimensão Ambiguidade em valores de IVC superiores aos da dimensão da Simplicidade. Consequentemente existe maior concordância na dimensão da Ambiguidade, devido à maior sensibilidade no cálculo da percentagem de concordância entre avaliadores, em que o cálculo do IVC não é contemplado.

Além dos pareceres obtidos pelo painel de peritos consultado, estes realizaram ainda algumas sugestões complementares no sentido de aperfeiçoar tanto a estrutura, como o conteúdo do Manual do BFC. Após terem sido efetuadas estas alterações, resultou uma terceira versão do Manual do BFC (ver Anexo 17).

Apesar de ao nível do IVC total de cada dimensão se verificar que três das dimensões apresentam um valor abaixo do considerado como significativo por Lynn (1986) e Polit e Beck (2006), não se achou oportuno realizar uma nova validação recorrendo ao painel de peritos já consultado na primeira fase. Tal não se sucedeu uma vez que, analisando os valores de *Kappa* se constata que são bastante significativos e elevados, o que demonstra, apesar do IVC total de cada dimensão, existir uma excelente concordância entre os elementos do painel de peritos em todas as dimensões avaliadas.

### 5.3. Fiabilidade do BFC

Na análise dos resultados obtidos com o BFC junto da população de PCA, foram apenas considerados três tipos de resposta, “é mais fácil” (O1), “é igual” (O2) e “é mais difícil” (O3). Desta forma, não fazem parte dos resultados apresentados anteriormente as possibilidades “sem resposta” e “não aplicável”.

Nos dados relativamente à **fiabilidade intra-avaliador** do BFC considerando o avaliador 1 e 2 (ver Anexo 23), existem 46 itens avaliados pelo avaliador 1 e 2, cujo valor de *Kappa de Fleiss* e percentagem de concordância são inferiores a 0.70 e 80%, respetivamente. Por grupo, estes itens estão distribuídos da seguinte forma: 19 itens (no avaliador 1) e 18 itens (no avaliador 2) no Grupo A, 16 itens (no avaliador 1) e 17 itens (no avaliador 2) no Grupo B e 12 itens pertencem ao Grupo C em ambos os avaliadores, não sendo, neste último grupo, os mesmos em cada avaliador.

Na globalidade, a média de valores do *Kappa de Fleiss* é de 0.67 e 0.68 para os avaliadores 1 e 2, e a percentagem de concordância média é de 78% e 79%, respetivamente. Estes valores indicam de uma forma geral uma fiabilidade intra-



avaliadores não muito boa. Note-se, no entanto, que os valores estão relativamente próximos dos limiares considerados (0.70 e 80%) pelo que podemos afirmar que a fiabilidade, embora não sendo muito boa, não é muito baixa.

No Grupo A, existem 17 itens cuja concordância entre as avaliações de cada um dos avaliadores é elevada, uma vez que os valores do *Kappa de Fleiss* são superiores a 0.70 e as percentagens de concordância são superiores a 80%. Em oposição, existem 19 itens cotados pelo avaliador 1, e 18 itens cotados pelo avaliador 2 cujos valores de *kappa de Fleiss* são inferiores a 0.70 e as percentagens de concordância são inferiores a 80%.

Nos itens do Grupo A, com uma concordância elevada, as PCAs consideram que se a pessoa que estiver a comunicar consigo “está a ouvir com atenção o que lhe diz” (item 1), “chama a sua atenção para o que vai dizer” (item 2), “insiste para se fazer entender” (item 4), “fala devagar” (item 8), “utiliza frases simples” (item 13), se “repete o que disse para o ajudar a compreender” (item 14), “escreve palavras para que possa apontar a sua resposta” (item 19), “usa imagens, fotos, desenhos... para o ajudar a perceber a conversa” (item 20), “resume a conversa para ver se o compreendeu bem” (item 21), “lhe pede para usar gestos, apontar ou desenhar” (item 24), “mostra que está a compreender à medida que conversam” (item 26), “explica melhor as palavras, significados e gestos que não entende” (item 28), “fala de temas interessantes” (item 32) e se “usa pistas do meio ambiente” (item 33) são *Facilitadores* da comunicação. Contrariamente, apesar de existir elevada concordância em ambos os momentos avaliados por ambos os avaliadores, as PCAs consideram que se a pessoa que está a comunicar consigo “o interrompe enquanto fala” (item 10), “mostra falta de paciência” (item 30) e “evita falar consigo” (item 36) afeta de forma negativa a comunicação entre ambos, sendo por isso consideradas *Barreiras*.

Relativamente aos itens (3, 5, 6, 7, 9, 11, 12, 15, 16, 17, 18, 22, 23, 25, 31, 34 e 35) cujo valor de *Kappa de Fleiss* é inferior a 0.70 e a percentagem de concordância é inferior a 80%, sendo que estes podem ser de dois tipos: itens cujo valor de *Kappa de Fleiss* e percentagem de concordância são bastante inferiores aos considerados como adequados, e itens cujos valores estão bastante próximos dos valores de referência. No primeiro caso referido, nada se pode concluir acerca da sua natureza, uma vez que o seu valor não é indicador de uma concordância adequada entre ambos os momentos de avaliação. Nesta situação observam-se os itens 3, 5, 7, 9, 11, 12, 15, 16, 17, 25, 31 e 34. No segundo caso, por exemplo, o item 6 “avisa quando muda de tema de conversa”, o item 18 “faz perguntas de resposta sim/não”, o item 22 “fala e usa gestos ao mesmo tempo”, o item 23



“enquanto fala, escreve as palavras mais importantes”, o item 27 “repete em voz alta o que vai compreendendo” e o item 35 “conversa de igual para igual” apesar de apresentarem valores ligeiramente inferiores aos valores de referência, a sua percentagem de concordância é quase de 80% e o seu *kappa de Fleiss* é quase 0.70. Nestes casos, considera-se que acerca destes itens se podem retirar conclusões sobre a sua natureza, sendo todos apontados como sendo *Facilitadores* pelas PCAs.

O item 29 é o único item do Grupo A que apresenta variação nos valores de *Kappa de Fleiss* e de percentagem de concordância em cada um dos avaliadores. No avaliador 1, estes valores estão abaixo dos considerados como adequados pelos autores já referidos anteriormente, ou seja, o *Kappa de Fleiss* é inferior a 0.70 e a percentagem de concordância é inferior a 80%. Já no avaliador 2, tal não acontece, pois este item apresenta valores que permitem afirmar que existe elevada concordância entre ambos os momentos, permitindo concluir neste caso, que é um item *Facilitador*. Esta diferença de valores não é justificada por um erro de cotação do próprio avaliador 1, mas pode ser explicada devido à elevada variabilidade existente em cada um dos participantes aos quais foi aplicado o BFC, resultando consequentemente, em respostas diferentes em cada um dos momentos analisados.

No Grupo B, existem 11 itens (43, 47, 48, 51, 53, 55, 60 e 63) cuja concordância entre ambos os momentos de cada um dos avaliadores é elevada, com valores de *Kappa de Fleiss* superiores a 0.70 e percentagens de concordância superiores a 80%. Nestes casos, houve uma elevada concordância em ambos os momentos avaliados por ambos os avaliadores, sendo considerados como itens facilitadores se a PCA se “há informação dada com imagens e frases curtas” (item 51), se “está acompanhado” (item 53), se “está relaxado” (item 55), “está num espaço que conhece” (item 60) e se “fala de assuntos que entende” (item 63). Nos restantes itens “está com desconhecidos” (item 43), “está preocupado” (item 47) e “está numa fila de pessoas” (item 48) existiu uma elevada concordância ao considerarem que os itens são *Barreiras*.

Por outro lado, em 16 itens do Grupo B (37, 38, 39, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 49, 50, 54, 56, 57, 58, 59, 61 e 62) o valor de *kappa de Fleiss* é inferior a 0.70 e a percentagem de concordância é inferior a 80%. Nestes itens, os valores podem ser inferiores num dos resultados obtidos por um dos avaliadores ou por ambos.

Mais uma vez, dos itens referidos anteriores, existem aqueles cujos valores são muito próximos de 0.70 e 80%, pelo que se podem retirar conclusões acerca da sua natureza. Tal acontece no item 39 “consegue alcançar o que quer sem ajuda”,



no item 40 “falam muitas pessoas ao mesmo tempo” e no item 46 “dormiu mal” no avaliador 1. Destes itens, os itens 39 e 52 são considerados como sendo *Facilitadores* em ambos os momentos por ambos os avaliadores e os itens 40 e 46 são considerados sendo *Barreiras* para as PCAs. No avaliador 2, este acontecimento observa-se nos itens 38, 39, 41 e 42, sendo o item 38, 41 e 42 apontados como *Facilitadores*. Nos outros casos, os itens cujos valores são bastante abaixo daqueles que são considerados como adequados em ambos os momentos e por ambos os avaliadores (item 37, 44, 49, 50, 54, 56, 57, 58, 59, 61 e 62), nada se podendo concluir, uma vez que apresenta valores de concordância baixos.

No Grupo C, os itens (65 – triste, 69 – vizinhos, 70, 71 – clínica, 73 e 78) são aqueles que apresentam, tanto no avaliador 1 como no avaliador 2, valores de *kappa de Fleiss* acima de 0.70, apontam para uma elevada concordância entre ambos os momentos. Destes itens, são considerados como *Barreiras* os itens 65, se “estiver triste” e o item 73 “se existirem barreiras físicas (escadas)”. Os restantes itens (69 – amigos, 69 – vizinhos, 70, 71 – clínica e 78) são apontados como *Facilitadores* do processo comunicativo das PCAs.

Em relação aos restantes itens, num dos avaliadores os valores estão acima dos valores de referência, no entanto, no outro avaliador estão abaixo dos valores de referência. No item 65- emocionado no avaliador 1 os valores encontram-se acima dos valores de referência sendo este item considerado como sendo um *Facilitador* para as PCAs. Por outro lado, no avaliador 2, os valores do *Kappa de Fleiss* e da percentagem de concordância encontrem-se ligeiramente abaixo do valor adequado, no entanto, pode concluir-se que este item é considerado por este avaliador como sendo uma *Barreira*. O mesmo acontece no item 69 – familiares e 71 – hospital, sendo contudo considerados como sendo *Facilitadores* em ambos os momentos avaliados pelo avaliador 1 e 2.

Quanto ao item 77, os valores obtidos pelo avaliador 2 foram superiores aos obtidos pelo avaliador 1. Embora os valores de *Kappa de Fleiss* e percentagem de concordância sejam ligeiramente inferiores a 0.70 e 80%, respetivamente, sendo que apenas se pode concluir com os valores do segundo avaliador como sendo uma *Barreira* à participação e comunicação social.

Nos itens 72 – empregado, 72 – reformado, 74, 75 e 76 os valores de *kappa de Fleiss* e percentagens de concordância são bastante inferiores aos valores de referência considerados neste estudo. Desta forma, nada se pode concluir acerca da natureza destes itens, uma vez que a concordância existente em ambos os momentos avaliados por cada avaliador é baixa.



Existem diversos motivos para a existência de valores de *Kappa de Fleiss*, em alguns itens, inferiores a 0.70, o que revela uma discordância elevada. Tais valores podem dever-se a dificuldades de compreensão auditiva por parte, por exemplo, dos indivíduos que apresentam afasia global, bem como dificuldades na leitura dos cartões facilitadores, o que torna a compressão por parte das PCAs mais difícil, obtendo-se respostas que podem ser aleatórias. É necessário realizar a sua revisão, no sentido, de torná-los mais simples e claros de compreender por parte das PCAs. Esta situação pode ainda ser facilitada através da utilização de fotografias que demonstrem o que aquele item significa, bem como, podem ser definidos critérios de inclusão mais específicos, nomeadamente, considerando também a avaliação das capacidades de Leitura dos indivíduos a quem é aplicado o BFC. Após a revisão dos mesmos e utilizando as estratégias de aplicação sugeridas, o BFC pode ser testado novamente com uma amostra maior, de forma a verificar se a concordância existente nestes itens aumentou.

Em termos gerais, quanto à **fiabilidade inter-avaliador** (1 e 2) (ver Anexo 24) pode verificar-se que esta é elevada, uma vez que quase todos os itens avaliados apresentam valores adequados de *kappa de Fleiss* por Brennan e Prediger (1981) (superiores a 0.70), bem como percentagens de concordância acima de 80%. Este facto apenas não acontece em dois itens no primeiro momento de avaliação (item 26 e 65 – emocionado) e num item no segundo momento (item 65 – emocionado).

No global, a média de valores de *Kappa de Fleiss* é de 0.95 em ambos os momentos e a percentagem de concordância média é de 97% também em ambos os momentos. Estes valores indicam, na globalidade, uma elevada fiabilidade inter-avaliadores.

No Grupo A, os resultados de ambos os avaliadores em ambos os momentos avaliados mostram existir elevada concordância em todos os itens, com valores de *Kappa de Fleiss* acima de 0.70 e percentagens de concordância superiores a 80%. O único item no qual tal não acontece diz respeito ao item 26 durante o momento de teste, embora no segundo momento de avaliação, a concordância entre o avaliador 1 e 2 já tenha sido perfeita. Desta forma, no primeiro momento, este item apresentou uma percentagem de concordância fraca, pelo que nada se pode concluir acerca da sua natureza. Tendo em conta estes valores, procurou-se encontrar uma justificação para a obtenção dos mesmos, no entanto, não se conseguiu obter nenhuma. Assim, poderá existir a necessidade de revisão deste item.



Considerando os itens do Grupo A, em ambos os momentos, foram apontados como *Facilitadores* da comunicação das PCA os itens “está a ouvir com atenção o que lhe diz” (item 1), “chama a sua atenção para o que vai dizer” (item 2), “insiste para se fazer entender” (item 4), “dá-lhe mais tempo para responder” (item 5), “avisa quando muda de tema de conversa” (item 6), “fala devagar” (item 8), “sabe qual é o seu problema de fala” (item 9), “tenta adivinhar o que lhe quer dizer” (item 11), “diz uma ideia de cada vez” (item 12), “utiliza frases simples” (item 13), “repete o que disse para o ajudar a compreender” (item 14), “salienta as palavras mais importantes da frase” (item 15), “termina as frases por si” (item 16), “pergunta uma coisa de cada vez” (item 17), “faz perguntas de resposta sim/não” (item 18), “escreve palavras para que possa apontar a sua resposta” (item 19), “usa imagens, fotos, desenhos... para o ajudar a perceber a conversa” (item 20), “resume a conversa para ver se o compreendeu bem” (item 21), “fala e usa gestos ao mesmo tempo” (item 22), “enquanto fala, escreve as palavras mais importantes” (item 23), “pede-lhe para usar gestos, apontar ou desenhar” (item 24), “repete em voz alta o que vai compreendendo” (item 27), “explica melhor as palavras, significados e gestos que não entendo” (item 28), “acrescenta informação para facilitar a sua compreensão” (item 29), “respeita o silêncio” (item 31), “fala de temas interessantes” (item 32), “usa pistas do meio ambiente” (item 33), “Evita comentários do género “Agora disseste bem!”” (item 34) e “conversa de igual para igual” (item 35).

Contrariamente, sendo apontados como *Barreiras* à comunicação das PCAs observam-se os itens “fala depressa” (item 7), “o interrompe quando fala” (item 10), “fala mais alto” (item 25), “mostra falta de paciência” (item 30) e “evita falar consigo” (item 36).

Relativamente ao item 3 do Grupo A, embora este item revele uma percentagem de concordância perfeita entre ambos os avaliadores nos dois momentos avaliados, as conclusões obtidas diferiram. No momento de teste, este item foi apontado como sendo uma *Barreira*. Já no segundo momento de avaliação, ambos os avaliadores consideraram este item como sendo um *Facilitador* para a comunicação e participação das PCAs. Desta forma, pode haver a necessidade de realizar a revisão deste item, de forma a torná-lo mais simples para facilitar a compreensão do participante a quem é aplicado o BFC.

Em todos os itens do Grupo B, existe uma elevada concordância entre ambos os avaliadores, em ambos os momentos da avaliação. Tal aconteceu uma vez que os valores de *Kappa de Fleiss* são superiores a 0.70, bem como as percentagens de concordância são superiores a 80%. Foram apontados pelas PCAs





como *Facilitadores* da comunicação e participação social o item 39 “consegue alcançar o que quer sem ajuda”, item 41 “fala uma pessoa de cada vez”, item 42 “esta com amigos”, item 51 “há informação escrita ao mesmo tempo”, item 52 “está sozinho”, item 53 “está acompanhado”, item 55 “está relaxado”, item 57 “a informação está escrita em letras maiores”, item 58 “a informação escrita é espaçada”, item 61 “está a falar com alguém que está longe” e item 63 “fala de assuntos que entende”. Por outro lado, apontados como *Barreiras* encontram-se os itens “há uma barreira de vidro” (item 37), “está num ambiente agitado” (item 38), “falam muitas pessoas ao mesmo tempo” (item 40), “está com desconhecidos” (item 43), “está ao telefone” (item 44), “está cansado” (item 45), “dormiu mal” (item 46), “está preocupado” (item 47), “está numa fila de pessoas” (item 48), “há muita informação escrita ao mesmo tempo” (item 49), “tem que usar tecnologias” (item 50), “tem que falar em público” (item 54), “fala como um estranho” (item 56) e “está a falar com alguém que está afastado” (item 62). Relativamente ao item 50, no primeiro momento de avaliação, existiu um empate entre as respostas recolhidas por ambos os avaliadores, no entanto, no segundo momento este item foi referido como sendo uma *Barreira*.

No Grupo C, 16 dos itens apresentam uma elevada concordância entre ambos os avaliadores ao considerarem estes itens como *Barreiras* ou *Facilitadores*. Os itens 65 – contente, 67, 69 – familiares, 69 – amigos, 69 – vizinhos, 70, 71 – hospital, 71 – centro de saúde, 71 – clínica, 72 – empregado e 78 são apontados como sendo *Facilitadores*. Existe concordância entre os avaliadores em ambos os momentos no item 65 “está triste”, 68 “existir superproteção”, 73 “se existem barreiras físicas”, 74 “se existem atitudes incorretas”, 76 “se tiver problemas de saúde” ao serem referidos como sendo *Barreiras* pelas PCAs.

Relativamente ao item 65 – emocionado, este apresenta um valor de concordância inferior a 80%, e consequentemente o valor de *Kappa de Fleiss* é também ele inferior a 0.70. Em resultado observa-se uma concordância abaixo daquela que seria considerada como adequada, pelo que nada se pode concluir acerca da natureza deste item.

Quanto aos restantes itens, em alguns deles ocorreu empate entre as respostas recolhidas pelos avaliadores (item 64, 72 – reformado e 75) ou, não existiu concordância em ambos os momentos, pois alguns dos itens são considerados num dos momentos como *Facilitadores* e noutro como *Barreiras* (item 66 e 77).



#### 5.4. Comparação dos resultados com o estudo de Matos (2012)

Comparando os resultados obtidos por ambos os avaliadores neste estudo (ver Anexo 24) com os resultados obtidos por Matos (2012) observa-se que existe concordância perfeita (*kappa de Fleiss* igual a 1.000) ao considerarem que 14 itens são vistos como *Barreiras à Participação* das PCAs. Destes itens, apenas o item 56 “fala com um estranho” é apresenta uma concordância total em ambos os estudos. Desta forma, pode concluir-se que se a pessoa que está a comunicar com a PCA item 3 “insiste enquanto não o compreende”, item 7 “fala depressa”, item 10 “o interrompe quando fala”, item 30 “mostra falta de paciência”, item 36 “evita falar consigo”, item 37 “há uma barreira de vidro”, item 38 “está num ambiente agitado”, item 43 “está com desconhecidos”, item 45 “está cansado”, item 49 “há muita informação escrita ao mesmo tempo”, item 54 “tem que falar em público”, item 56 “fala com um estranho”, item 59 “está num espaço que não conhece” e item 77 “se o seu familiar tiver problemas de saúde” influencia de forma negativa o processo comunicativo.

Relativamente aos *Facilitadores* em ambos os estudos existe concordância perfeita relativa ao item 1 “está a ouvir com atenção o que lhe diz”, item 12 “diz uma ideia de cada vez”, item 13 “utiliza frases simples”, item 40 “falam muitas pessoas ao mesmo tempo” e item 41 “fala uma pessoa de cada vez”.

Além destes itens, as PCAs entrevistadas por Matos (2012) consideraram como *Facilitadores* os itens 22 “fala e usa gestos ao mesmo tempo”, 23 “fala e escreve as palavras mais importantes da frase”, 24 “pede-lhe para usar gestos” e 44 “está ao telefone”. Os resultados deste estudo estão apenas de acordo com os de Matos (2012) relativamente aos itens 22, 23 e 24, que apresentam uma concordância perfeita, sendo considerados como *Facilitadores* da Participação social das PCAs.



## CAPÍTULO 6 - CONCLUSÕES

### 6.1. Introdução

Neste último capítulo são apresentadas as principais conclusões obtidas com a elaboração desta Dissertação. São apresentados os principais contributos que a realização do estudo apresenta para a comunidade científica, bem como para os TFs na sua prática clínica com PCAs. Apesar dos contributos que o trabalho revela, existiram algumas limitações ao longo da realização do mesmo, que tiveram alguma influência no desenrolar do mesmo. São ainda apresentadas as sugestões futuras de forma a colmatar algumas das limitações reveladas durante a execução do trabalho.

### 6.2. Principais contributos

Esta Dissertação permitiu realizar alguns dos passos necessários para que o instrumento de avaliação – BFC – passe a ser utilizado como sendo válido e fiável pela comunidade de TFs na intervenção com PCAs, considerando aspetos essenciais como as *Barreiras* e *Facilitadores* encontrados pelos mesmos durante a sua participação em atividades do quotidiano.

Relativamente aos resultados obtidos pode concluir-se que, em relação ao Manual do BFC, em termos de *validade de conteúdo* obteve-se um valor adequado quanto ao IVC na dimensão da Relevância e valores relativamente elevados nas restantes dimensões, apesar de serem ligeiramente inferiores ao limiar considerado. Em termos de concordância inter-avaliador os resultados obtidos permitem afirmar que a concordância entre os elementos do painel de peritos foi muito boa, uma vez que em cada dimensão o valor do *Kappa de Fleiss* foi superior a 0.70.

No que respeita à *fiabilidade intra* e *inter-avaliador* do BFC conclui-se que existe uma fiabilidade inter-avaliador muito boa (boa concordância nas respostas obtidas entre ambos os avaliadores) mas uma fiabilidade intra-avaliador não muito boa, mas razoável (fraca concordância nos dois momentos de aplicação realizados). Neste último caso, os valores inferiores observados devem-se em grande parte à dificuldade em obter respostas semelhantes por parte das PCAs, dadas às suas limitações em termos de expressão, e em alguns casos de compreensão.

Relativamente à comparação dos resultados obtidos pelos dois avaliadores deste estudo com os resultados obtidos por Matos (2014) observou-se uma elevada concordância ao considerarem, em ambos os estudos, como *Facilitadores* 8 dos



itens e 14 dos itens do BFC como sendo *Barreiras* à participação e comunicação das PCAs.

### **6.3. Limitações**

Durante a elaboração deste trabalho uma das principais limitações apresentadas foi a falta de resposta por parte de muitas das instituições contatadas para colaboração na participação deste estudo. Esta limitação interferiu com o tamanho da amostra apresentado, não permitindo a possibilidade de generalização dos resultados para a população portuguesa.

Um outro aspeto que limitou o tamanho da amostra foi a especificidade dos critérios de inclusão definidos para a aplicação do BFC, bem como a dificuldade de compreensão de alguns dos itens constituintes do instrumento, por parte das PCAs observada aquando da aplicação do mesmo. Uma vez que alguns dos itens do BFC são vagos e abstratos, o avaliador 1 apresentou alguma dificuldade em representar o item de forma a torná-lo mais claro e compreensível por parte do participante.

As limitações referidas anteriormente condicionam o tipo de análise estatística utilizada e os testes a aplicar. Relativamente à escala utilizada no BFC, também trouxe algumas limitações e complexidade na análise estatística, uma vez que foi realizada a análise estatística individual de cada um dos itens do instrumento. Tal facto foi demorado e exaustivo devido à inexistência de um score total a atribuir após a aplicação do instrumento, que poderia facilitar este processo.

### **6.4. Sugestões futuras**

Com o objetivo de colmatar algumas lacunas relativas ao instrumento em análise e a algumas limitações observadas ao longo do trabalho, são realizadas de seguida algumas sugestões.

A primeira sugestão surge no sentido de adicionar uma terceira possibilidade de resposta, intermédia às duas já existentes na folha de registo do BFC, a resposta do tipo “é igual”.

A segunda sugestão trata-se da inclusão no Manual do BFC das possibilidades de resposta “fácil”, “igual” e “difícil” num formato que considere os critérios definidos como “aphasia friendly”. Desta forma, a PCA poderia apontar para a palavra escrita que representa a sua resposta ao item em questão. A utilização desta estratégia seria ainda benéfica para o avaliador, uma vez que iria apresentar uma maior certeza da resposta obtida pelo seu paciente.



De acordo com as sugestões realizadas e com os resultados obtidos poderá haver a necessidade de modificação e ou eliminação de alguns dos itens do BFC, de forma a torná-los mais claros para as PCAs. Este aspeto pode ser ultrapassado através da elaboração futura, por exemplo, de fotografias que permitam reproduzir cada um dos itens integrantes do BFC.

Futuramente pode considerar-se a reprodução do estudo de forma a alargar o tamanho da amostra, permitindo consequentemente, generalizar os resultados obtidos.



## BIBLIOGRAFIA

- Alexandre, M.N.C. & Coluci, M.Z.O., 2011. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. , 16(7), pp.3061–3068.
- Andresen, E.M., Lollar, D.J. & Meyers, A.R., 2000. Disability Out-comes and Research: Why this supplement, on this topic, at this time? *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81, pp.S1–S4.
- Ardila, A., 2006. *Las Afasias*, Miami, Florida, EE.UU.: Department of Communication Sciencies and Disorders.
- Baptista, A. et al., 2012. Acidente vascular cerebral de etiologia rara com indicação cirúrgica urgente - caso clínico. *Angiologia e Cirurgia Vascular*, 8, pp.12–16.
- Basso, A., 1992. Prognostic factors in aphasia. *Aphasiology*, 6, pp.337–348.
- Basso, A., 1989. *Spontaneous recovery and language rehabilitation*. S. 6 G. Deloche, ed., Lawrence Erlbaum Associates.
- Benson, D. & Ardila, A., 1996. *Aphasia - A Clinical Perspective*, New York: Oxford University Press.
- Boles, L. & Lewis, M., 2008. Life Participation Approaches to Aphasia. *Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation*, (February 2014).
- Brennan, R.L. & Prediger, D.J., 1981. Coefficient Kappa: Some uses, misuses, and alternatives. *Educational and Psychological Measurement*, 41, pp.687–699.
- Brown, K. et al., 2006. Environmental factors that influence the community participation of adults with aphasia: The perspective of service industry workers. *Aphasiology*, 20(7), pp.595–615.
- Bruce, C., Howard, D. & Gatehouse, C., 2000. Why should recovery be a cause for concern? An investigation of an unusual pattern of recovery in a man with aphasia. *Aphasiology*, 14(7), pp.755–769.
- Byng, S. & Duchan, J.F., 2005. Social model philosophies and principles: Their applications to therapies for aphasia. *Aphasiology*, 19(10-11), pp.906–922.
- Canha, C. et al., 2013. Patients with Stroke 2010 - 2011 Rede Nacional de Cuidados Continuados e Tempo de Internamento dos Doentes com Acidente Vascular Cerebral 2010-2011. *Acta Med Port* 2013, 26(6), pp.683–688.
- Castro-Caldas, 1979. *Diagnóstico e evolução das afasias de causa vascular*. Universidade de Lisboa, Portugal.



- Castro-Caldas, A. (1999), 1999. *A Herança de Franz Joseph Gall, O Cérebro ao Serviço do Comportamento Humano*. McGraw-Hill, ed., Lisboa.
- Chapey, R., 2008. *Language intervention strategies in Aphasia and related neurogenic communication disorders*. 5th ed., Philadelphia: Williams & Wilkins.
- Chapey, R. et al., 2014. Life Participation Approach to Aphasia: A Statement of Values for the Future by LPAA Project Group. *American Speech-Language-Hearing Association (ASHA)*, 2, pp.43–61. Available at: <http://www.asha.org/public/speech/disorders/LPAA/>.
- Code, C. et al., 2001. The public awareness of aphasia: An international study. *International Journal of Language and Communication Disorders.*, 36, pp.1–6.
- Costa, D., 2003. *Qualidade de vida pós-AVC: resultados duma intervenção social*. Universidade do Porto.
- Cruise, M. & Worrall, L., 2006. Quantifying aphasic people's social lives in the context of non-aphasic peers. *Aphasiology*, 20, pp.1210–1225.
- Dalemans, R. et al., 2009. Facilitating the participation of people with aphasia in research: a description of strategies. *Clinical Rehabilitation*, 23, pp.948–959.
- Damásio, 1973. *Neurologia da Linguagem*. Universidade de Lisboa, Portugal.
- DGS, 2010. *Acidente Vascular Cerebral - Itinerários Clínicos*. Lisboa: LIDEL, Grupo.
- DGS, 2004. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Incapacidade e Saúde.
- Elman, R., Olgar, J. & Elman, S., 2000. Aphasia: Awareness, advocacy, and activism. *Aphasiology*, 14(5), pp.455–459.
- Ferro, 1986. *Neurologia do comportamento. Estudo da correlação com a tomografia axial computarizada*.
- Ferro, J., Correia, M. & Freire, A., 1998. *Prevenção secundária do Acidente Vascular Cerebral*.
- Ferro, J. & Pimentel, J., 2006. *Neurologia - Principios, Diagnóstico e Tratamento*. LIDEL, ed., Lisboa.
- Festas, I. et al., 2006. PAL-PORT - Uma bateria de Avaliação Psicolinguística das Afasias e de outras Perturbações da Linguagem para a População Portuguesa. *Actas da XI Conferência Internacional Avaliação: Formas e Contextos*.



- Fortin, M., 1999. *O Processo de Investigação da conceção à realização* Lusociênci., Loures.
- Harrison-Felix, C., 2001. *Craig Hospital Inventory of Environmental Factors - manual, version 3*. CO Craig H., Englewood, USA, Englewood, CO, Craig Hospital.
- Herbert, R. et al., 2012. Accessible information guidelines: making information accessible for people with aphasia. Available at: <http://www.stoke.org.uk/resource-sheet/accessible-informationguidelines>.
- Howe, T., 2008. The ICF Contextual Factors related to speech-language pathology. *International Journal of Speech-Language Pathology*.
- Howe, T., Worrall, L. & Hickson, L., 2004. What is an aphasia-friendly environment? *Aphasiology*, 18(11), pp.1015–1037.
- Howe, T.J., 2008. The ICF Contextual Factors related to speech-language pathology. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 10(1-2), pp.27–37.
- Johansson, M.B., 2012. *Aphasia and Communication in Everyday Life: Experiences of persons with aphasia, significant others, and speech-language pathologists*. Uppsala University.
- Katz, R.C., 2000. A multinational comparison of aphasia management practices. *Int. J. Lang. Comm. Dis.*, 35, pp.303–314.
- Leal, A.P.S., 2009. *Avaliação da Afasia pelos Terapeutas da Fala em Portugal*. University of Aveiro.
- Leal, G., 2006. Avaliação Funcional da pessoa com afasia: Construção de uma escala. *Re(habilitar)*, pp.7–24.
- Luck, A.M. & Rose, M.L., 2007. Interviewing people with aphasia: Insights into method adjustments from a pilot study. *Aphasiology*, 21(2), pp.208–224.
- Lynn, M., 1986. Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, 35, pp.382–385.
- Lyon, J.G., 1998. *Coping With Aphasia - Coping With Aging Series*. Singular, ed., San Diego.
- Maria, K. et al., 2008. Tradução e adaptação para a Língua Portuguesa da Bateria de avaliação de afasias e perturbações relacionadas - estudo piloto. , pp.1–19. Available at: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0460.pdf>.





- Marshall, R.S., Lazar, R.M. & Mohr, J.P., 1998. Aphasia. *Medical Update for Psychiatrists*, 3(5), pp.132–138.
- Martin, N.C.K., Thompson & Al., E., 2008. *Aphasia Rehabilitation - The impairment and Its Consequences*. Plural, ed., San Diego.
- Martins, M., 2002. *Uma Crise Acidental na Família – O Doente com AVC*. Formasau., Coimbra.
- Martins, T., 2006. *Acidente Vascular Cerebral: Qualiade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*, Coimbra: Formasau.
- Martuza, V.R., 1977. *Applying norm-referenced and criterion-referenced measurement in education.*, Boston: Allyn & Bacon.
- Matos, A., Jesus, L. & Cruice, M., 2014. Assessment of Aphasia in Portugal: Past, present and future. *Stem-, Spraak- en Taalpathologie*, 19, pp.78–83.
- Matos, M.A., 2012. *Níveis de Actividade e Participação das Pessoas com Afasia: Desenvolvimento de Instrumentos de Avaliação Portugueses*. University of Aveiro.
- Matos, M.A. & Jesus, L.M., 2013. Barriers and Facilitators Checklist (BFC). *Advanced Communication and Swallowing Assessment (ACSA)*, 18(504712). Available at: <http://acsa.web.ua.pt>.
- Muir, K.W., 2013. Stroke. *Medicine*, 41(3), pp.169–174.
- Natário, A. et al., 2001. Unidades de AVC.
- Neuendorf, K.A., 2002. *The content analysis guidebook*. C. Thousand Oaks, ed., Sage Publications. Available at: [//digital-activism.org/2013/05/picking-the-best-intercoder-reliability-statistic-for-your-digital-activism-content-analysis/#sthash.jZrLyj1N.dpuf](http://digital-activism.org/2013/05/picking-the-best-intercoder-reliability-statistic-for-your-digital-activism-content-analysis/#sthash.jZrLyj1N.dpuf).
- OMS, 2001. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). , 18(4), p.237.
- Pashek, G. V., 2008. Screnning mental status in adults qith aphasia using a language- modified form of the Mini-Mental State Examination: a preliminary investigation. *Journal of Medical Speech-Language Pathology*.
- Pasquali, L., 2009. Psicométrica. *Revista Esc Enferm USP*, pp.992–999.
- Phipps, W.J., 2003. *Enfermagem Médico Cirúrgica – Conceitos e Prática Clínica*. 6ª Edição. Lusociência, ed., Loures.



- Polit, D. & Beck, C., 2006. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Res Nurs Health*, 29, pp.489–497.
- Pound, C. et al., 2001. *Beyond Aphasia - Therapies for living with communication disability*, Winslow: Speechmark Publishing Ltd.
- Randolph, J.J., 2005. Free-marginal multirater kappa: An alternative to Fleiss' fixed-marginal multirater kappa.
- Rogers, M.A. & B. Alarcon, et al., 1999. Aphasia Management Considered In the Context of the World: Health Organization Model of Disablements. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 10(4), pp.907–923.
- Rose, T., Worrall, L. & McKenna, K., 2003. The effectiveness of aphasia-friendly principles for printed health education materials for people with aphasia following stroke. *Aphasiology*, 17(10), pp.947–963.
- Ross, K. & Wertz, R., 1999. Comparison of impairment and disability measures for assessing severity of, and improvement, in aphasia. *Aphasiology*, 13, pp.113–124.
- Ross, K. & Wertz, R., 2005. Forum: Advancing appraisal: Aphasia and the WHO. *Aphasiology*, 19(9), pp.860–900.
- Ross, K. & Wertz, R., 2003. Quality of life with and without aphasia. *Aphasiology*, 17(4), pp.355–364.
- Sarno, M.T., 1993. Aphasia rehabilitation: psychosocial and ethical considerations. *Aphasiology*, 7, pp.321–334.
- Siegel, S. & Castellan, 1998. *Nonparametric statistics for the social sciences* 2nd ed. McGraw-Hill, ed., New York.
- Simmons-Mackie, N. et al., 2002. What is aphasia? Results of an international survey. *Aphasiology*, 16(8), pp.837–848.
- Simmons-Mackie, N. & Kagan, A., 2007. Application of the ICF in Aphasia. *Seminars in speech and language*, 28, pp.244–253.
- Sutcliffe, L.M. & Lincoln, N.B., 1998. The assessment of depression in aphasic stroke patients: the development of the Stroke Aphasic Depression Questionnaire. *Clinical Rehabilitation*, 12(6), pp.506–513.
- Threats, T., 2007. Access for persons with neurogenic communication disorders: Influences of Personal and Environmental Factors of the ICF. *Aphasiology*, 21(1), pp.67–80.



- Threats, T., 2010. Communication Functioning and Disability. *Assessment in Rehabilitation and Health*, pp.417–432.
- Threats, T., 2005. Exploring all aspects of the ICF framework with aphasia: A commentary on Ross and Wertz, "Advancing appraisal: Aphasia and the WHO". *Aphasiology*, 19 (9), pp.879–885.
- Warrens, M., 2010. Inequalities between multi-rater kappas. *Advances in Data Analysis and Classification*, 4(4), pp.271–286. Available at: <http://justusrandolph.net/kappa/>.
- Worrall, L. et al., 2011. What people with aphasia want: Their goals according to the ICF. *Aphasiology*, 25(3), pp.309–322.
- Worrall, L. & Hickson, L., 2003. *Communication disability in aging: from prevention to intervention*, USA: Delmar.
- Yaghmaie, F., 2003. Validity and it's estimation. *Journal of Medical Education*, 3, pp.25–27.
- Yesavage, J.A. & Brink, T.L., 1983. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, pp.37–49.



## ANEXOS

**Anexo 1 – Classificação dos tipos de afasias segundo os critérios de fluência do discurso, nomeação de objetos, compreensão de ordens simples e repetição de palavras (Matos, 2012).**

| Tipo de Afasia          | Fluência do discurso | Nomeação de objetos | Compreensão de ordens simples | Repetição de palavras |
|-------------------------|----------------------|---------------------|-------------------------------|-----------------------|
| Broca                   | Não fluente          | Perturbada          | Mantida                       | Perturbada            |
| Wernicke                | Fluente              | Perturbada          | Perturbada                    | Perturbada            |
| Transcortical sensorial | Fluente              | Perturbada          | Perturbada                    | Mantida               |
| Condução                | Fluente              | Perturbada          | Mantida                       | Perturbada            |
| Anómica                 | Fluente              | Perturbada          | Mantida                       | Mantida               |
| Global                  | Não fluente          | Perturbada          | Perturbada                    | Perturbada            |
| Transcortical mista     | Não fluente          | Perturbada          | Perturbada                    | Mantida               |
| Transcortical motora    | Não fluente          | Perturbada          | Mantida                       | Mantida               |

**Anexo 2 - Modelos de prestação de cuidados de saúde (adaptado de Worrall & Hickson 2003).**

|                                    | Modelo Médico         | Modelo de Reabilitação                 | Modelo Social                                                          |
|------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Nível principal de atuação (O.M.S) | Deficiência           | Atividade                              | Participação                                                           |
| Origem das dificuldades            | Deficiência da pessoa | Diminuição da funcionalidade da pessoa | Sociedade desajustada                                                  |
| Foco da intervenção                | Défices linguísticos  | Pessoa com perturbação da comunicação  | Interação pessoa – sociedade e a redução das barreiras de participação |
| Objetivos da intervenção           | Reabilitar a pessoa   | Habilitar a pessoa                     | Promover a qualidade de vida                                           |
| Definição de                       | Problema a ser        | Funcionalidade a ser                   | Uma diferença e não                                                    |



|                                                              |               |                           |                                   |
|--------------------------------------------------------------|---------------|---------------------------|-----------------------------------|
| <b>incapacidade</b>                                          | curado        | promovida                 | um problema                       |
| <b>Quem determina maioritariamente os serviços a receber</b> | O Terapeuta   | O Terapeuta e o indivíduo | O indivíduo                       |
| <b>Processo de tomada de decisão</b>                         | Unidirecional | Informado                 | Partilhado                        |
| <b>Local</b>                                                 | Hospital      | Unidades de reabilitação  | Residências, centros comunitários |

**Anexo 3 – Exemplos de incapacidades ao nível das Funções do Corpo associadas à afasia (Simmons-Mackie & Kagan 2007).**

| <b>Comportamento</b>                                     | <b>Etiqueta de incapacidade</b> |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------|
| Dificuldades em encontrar as palavras                    | Anomia                          |
| Dificuldade em construir frases sintaticamente completas | Agramatismo                     |
| Dificuldade em compreender palavras escritas ou frases   | Alexia                          |
| Dificuldade em escrever palavras e frases                | Agrafia                         |
| Dificuldade em compreender palavras e frases             | Défice compreensão auditiva     |

**Anexo 4 – Exemplos de Limitações da Atividade e Restrições da Participação na Afasia (Simmons-Mackie & Kagan 2007).**

| <b>Categoria da CIF</b> | <b>Exemplos de Limitações de Atividades</b>                          | <b>Exemplos de Restrições na Participação</b>          |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <b>Tarefas gerais</b>   | Dificuldade em pedir/chamar por ajuda                                | Não consegue gerir tarefas diárias sob <i>stress</i>   |
| <b>Comunicação</b>      | Dificuldade em realizar questões e em transmitir o que sente         | Pouco envolvimento na vida social através de conversas |
| <b>Auto-cuidado</b>     | Dificuldade em compreender questões relacionadas com a sua medicação | Não gere mais as suas questões de auto-cuidado         |



|                                                   |                                                               |                                             |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <b>Interações interpessoais e relacionamentos</b> | Dificuldades em iniciar o contato com um amigo                | Restrições em fazer e manter amigos         |
| <b>Vida doméstica</b>                             | Dificuldade em seguir uma receita escrita e em ler instruções | Não desempenha o trabalho como doméstica(o) |
| <b>Áreas major da vida</b>                        | Dificuldade em preencher documentação para se empregar        | Não consegue manter um emprego              |

**Anexo 5 - Exemplos de Barreiras e Facilitadores encontrados pelas PCA no domínio dos Fatores Ambientais da CIF (T. Howe 2008).**

| Capítulos                                                       | Barreiras                                                                                                                                                                                     | Facilitadores                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Produtos e Tecnologias</b>                                   | Suportes de CAA que não são adequados;<br>Dificuldades por parte do indivíduo ao utilizar alta tecnologia;<br>Dificuldades na utilização de telefones;<br>Utilização de imagens pouco claras. | Utilização de alta tecnologia (sistema TalksBac) e baixa tecnologia (cadernos de comunicação);<br>Modificação dos materiais escritos para pessoas com dificuldades de leitura (p.e: utilização de palavras simples, frases curtas e aumento do espaço em branco);<br>Utilização de informações gráficas para suporte da comunicação e palavras-chave;<br>Utilização de passes de autocarro, monitores de vídeo em estações de comboios e monitores com pontuações em jogos de bowling;<br>Telefones com gravador de voz, telefones com reconhecimento de voz;<br>Utilização de imagens coloridas e claras. |
| <b>Ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo homem</b> | Presença de barulho ambiente e distrações visuais.                                                                                                                                            | Ambientes familiares e rotineiros.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |



|                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Apoio e relacionamentos</b>        | <p>Ter vários indivíduos a falar para a PCA;</p> <p>Falar muito rápido para a PCA;</p> <p>Fornecer pouco tempo para a PCA responder;</p> <p>Não falar diretamente para a PCA;</p> <p>Conversar com uma pessoa com sotaque estrangeiro, dificulta a compreensão da PCA;</p> <p>Grupos com muitas pessoas a falar.</p> | <p>Suporte da presença de familiares;</p> <p>Conhecimento de pessoas na mesma condição que a PCA;</p> <p>Parceiros de comunicação pacientes e concentrados em comunicar diretamente com a PCA;</p> <p>Parceiros de comunicação pretendem saber qual a melhor forma para comunicar com a PCA (escrita, gestos);</p> <p>Profissionais de saúde que escrevem as palavras-chave durante as suas consultas;</p> <p>Treinar parceiros de comunicação para modificarem certos comportamentos;</p> <p>Vozes familiares podem ser mais facilitadoras que vozes não familiares;</p> <p>Conversa de um para um ou pequenos grupos;</p> <p>Presença de animais (cão).</p> |
| <b>Atitudes</b>                       | <p>Atitudes negativas por parte de outros indivíduos; Falta de conhecimento da sociedade sobre a afasia.</p>                                                                                                                                                                                                         | <p>Informar os familiares sobre o progresso da afasia e como lidar com a pessoa por ela afetada.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Serviços, Sistemas e Políticas</b> | <p>Ser solicitado para fornecer direções;</p> <p>Ter de obter um bilhete de transporte num serviço público;</p> <p>Ter de falar com alguém ao telefone para chamar um táxi;</p> <p>Ter de dar uma aula numa sala com ruído;</p> <p>Políticas de atendimento rápido num banco.</p>                                    | <p>Providenciar grupos de apoio para familiares e PCA;</p> <p>Ensinar estratégias para comunicar com PCA a indivíduos que realizam serviços de transporte;</p> <p>Providenciar sessões de Terapia da Fala;</p> <p>Utilizar um sistema de bilheteira em que não seja necessário falar com ninguém.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |



**Anexo 6 – Instrumentos existentes a nível internacional para avaliar a Função do Corpo da PCA (adaptado de Matos 2012) (Ross & Wertz 2005).**

| Nome do instrumento                                                                                        | Objetivos                                                                                                                                                 | Descrição                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Bateria de Avaliação de Afasias de Lisboa (BAAL)</b> (Castro-Caldas 1979; Damásio 1973; Ferro 1986)     | Definir o tipo de afasia e o grau de gravidade.<br>Avaliar os défices de leitura, verificar a existência ou não de apraxias e o reconhecimento de gestos. | Compilação de várias provas: fluência do discurso e suas características, nomeação e identificação de objetos, leitura e escrita, compreensão de ordens, repetição de dígitos, palavras, frases, compreensão não-verbal e estudo das apraxias e gestos. |
| <b>Bateria de Avaliação de Alcoitão (BAA)</b> (Santos et al.)                                              | Avaliar pessoas com afasia, com o objetivo de intervenção em vez de diagnóstico.                                                                          | Compilação de várias provas, sendo que algumas estiveram na origem das provas existentes na BAAL.                                                                                                                                                       |
| <b>Portuguese Aachen Aphasia Test (PAAT) – Versão Portuguesa</b> (Lauterbach, Martins & Ferreira, 2004)    | Identificar a presença de afasia, obtendo um perfil detalhado do processo linguístico em diferentes modalidades e em diferentes domínios linguísticos.    | Inclui 6 provas: Produção Espontânea, Token Test, Repetição, Linguagem Escrita; Nomeação, Compreensão (oral e escrita).                                                                                                                                 |
| <b>Bateria de Avaliação Psicolinguística da Linguagem – Versão Portuguesa</b> (Festas, Leitão et al. 2006) | Caracterização psicolinguística das perturbações da linguagem.<br>Avaliar a componente escrita e auditiva em tarefas de compreensão e produção.           | Provas ao nível fonémico, morfológico, lexical, frásico, prosódico e de discurso.                                                                                                                                                                       |
| <b>Provas de Avaliação da Linguagem e da Afasia em Português (PALPA-P)</b> (Castro, Caló & Gomes, 2007)    | Realizar uma avaliação psicolinguística aprofundada, através da seleção de tarefas linguísticas que podem ajudar a determinar quais as aptidões afetadas. | Constituído por 60 provas que permitem avaliar 4 áreas da linguagem: processamento fonológico, leitura e escrita, semântica de palavras e imagens e compreensão de frases.                                                                              |





**Anexo 7 - Instrumentos existentes para a população portuguesa para avaliar as alterações linguísticas resultantes da afasia (Maria et al. 2008; (Leal 2006); Matos 2012; Matos et al. 2014).**

| Nome do instrumento                                                                 | Objetivos                                                                                                                                                                                                | Descrição                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Porch Index of Communicative Ability (PICA)</b> (Porch 1981)                     | Avaliar as respostas verbais, gestuais e gráficas após uma lesão cerebral.<br>Categorizar a natureza da capacidade do paciente para responder, a modalidade de resposta usada e a qualidade da resposta. | É constituído por 18 subtestes: 4 verbais, 8 gestuais e 6 gráficos.                                                                                                                                              |
| <b>Western Aphasia Battery (WAB)</b> (Kertesz 1982)                                 | Classificar os subtipos de afasia e a gravidade dos défices afásicos.                                                                                                                                    | É constituída por 4 subtestes de linguagem: discurso espontâneo, compreensão, repetição e nomeação.                                                                                                              |
| <b>Minnesota Test for Differential Diagnosis of Aphasia (MTDDA)</b> (Schuell 1965)  | Determinar o nível da perturbação linguística através do desempenho em cada uma das modalidades principais, em tarefas de diferentes níveis de dificuldade.                                              | É constituída por 5 secções: Perturbações auditivas; Perturbações visuais e de leitura; Perturbações da fala e da linguagem; Perturbações oculomotoras e de escrita; Relações numéricas e processos aritméticos. |
| <b>Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE)</b> (Goodglass, Kaplan et al. 2001) | Determinar a presença e o tipo de afasia. Realizar inferências acerca da localização da lesão cerebral e medir o nível de desempenho ao longo tempo.                                                     | Categorias específicas: compreensão e produção de palavras, compreensão da sintaxe, processamento grafonémico e perturbações específicas da leitura.                                                             |



**Anexo 8 – Instrumentos para a população portuguesa com vista a avaliar diferentes domínios da CIF (Atividade, Participação e Fatores Contextuais).**

| Nome do instrumento                                                                                                                                         | Objetivos                                                                                                                                                                                                           | Descrição                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Communication Disability Profile (CDP) - Versão portuguesa</b> (Matos & Jesus 2011)                                                                      | Recolher, partilhar e quantificar alguns dos fatores que influenciam o impacto que a afasia tem na vida de uma PCA.                                                                                                 | É constituído por quatro partes: Banco de Imagens, Formulário de Entrevista, Guia Breve de Referência e Folha de Notação Sumária.                                                                                                         |
| <b>Participation Objective, Participation Subjective (POPS) - Versão Portuguesa</b> (Matos, 2012; Matos & Jesus, 2011c; Matos, Jesus, Cruice, & Gomes 2010) | Desenvolvido inicialmente para pacientes com TCE, no entanto, os seus objetivos não são específicos para esta população e o seu conteúdo é neutro                                                                   | É constituído por 26 itens, elementos de participação, distribuídos em 5 categorias: Vida Doméstica; Atividades Principais de Vida; Transportes; Interações e Relacionamentos Interpessoais; Vida Cívica, Comunitária e Recreativa.       |
| <b>The Activities Participation Profile (TAPP) - Versão Portuguesa</b> (Matos, 2012; Matos & Jesus, 2011d; Matos, Jesus, Cruice, & Gomes 2010)              | Explorar as atividades desenvolvidas pelas pessoas com AVC e afasia.<br>Determinar qual a melhor estratégia de apoio ao utente na sua vida diária e definir conjuntamente objetivos para a intervenção terapêutica. | Inclui todos os temas designados pela CIF para o domínio das <i>Atividades e Participação</i> e não apenas o da Comunicação: aprender e aplicar o conhecimento, relações e interações interpessoais, vida social, cívica e em comunidade. |
| <b>Barriers and Facilitators Checklist (BFC)</b> (Matos, 2012; Matos & Jesus 2013)                                                                          | Desenhar o perfil das Barreiras e Facilitadores encontrados pelas PCA durante a sua comunicação e participação social.                                                                                              | É constituído por 78 itens, divididos em três grupos: Grupo das <i>Estratégias do Interlocutor</i> , Grupo dos <i>Fatores Ambientais e Individuais</i> e Grupo dos <i>Fatores Variados</i> .                                              |



**Anexo 9 – Consentimento informado para população em geral.**

## **Consentimento Informado**

**Considerando a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial  
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e  
Edimburgo 2000)**

**Designação do Estudo:** Validação do *Barriers and Facilitators Checklist* (BFC) destinado a pessoas com afasia.

**Eu, abaixo-assinado, (nome completo do doente)**

\_\_\_\_\_, compreendi a explicação que me foi prestada respeitante a este estudo, cujo objetivo é a validação do instrumento de avaliação *Barriers and Facilitators Checklist* (BFC) que permite ao terapeuta da fala identificar as barreiras e facilitadores encontrados pelas pessoas com afasia (PCA) no seu dia-a-dia. A validação deste instrumento permitirá melhorar a eficácia da intervenção terapêutica realizada pelos terapeutas da fala e consequentemente a qualidade de vida da PCA.

Asseguro, de que fui informado acerca do meu caso clínico e da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído.

Tomei conhecimento de que para a minha participação serão recolhidos dados sobre mim, sobre a minha doença e consequências da mesma na minha vida. Estes dados serão recolhidos de forma completamente anónima e sem fazerem referência à minha identificação pessoal. Na eventualidade da apresentação e da publicação dos resultados do estudo, será garantida a confidencialidade da minha identidade. Poderão ter acesso direto aos questionários para verificação dos procedimentos do registo e/ou dados, monitores, auditores, membros da Comissão ética e Autoridades Regulamentares, na extensão permitida pelas leis e regulamentos aplicáveis.

Não obterei qualquer remuneração financeira ao participar neste estudo e tenho conhecimento que não existe para o investigador e colaboradores qualquer benefício financeiro na realização do mesmo.



Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Além disso, foi-me afirmado que a minha participação é voluntária e tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha continuidade no estudo sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.

Assim, declaro a minha vontade em participar voluntariamente neste estudo.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_

**Assinatura do paciente:** \_\_\_\_\_

O Investigador responsável:

**Nome: Sílvia Carina Brandão Godinho**

**Assinatura:** \_\_\_\_\_



**Anexo 10 - Consentimento informado adaptado para PCAs.**

**CONSENTIMENTO INFORMADO – Pessoa com afasia**

SOU **ESTUDANTE** DE MESTRADO DA **UNIVERSIDADE DE AVEIRO**



ESTOU A REALIZAR UM **ESTUDO** QUE PRETENDE:



- **IDENTIFICAR** QUAIS AS **BARREIRAS** E **FACILITADORES** QUE ENCONTRA NA SUA **VIDA DIÁRIA**
- **IDENTIFICAR** AS **ESTRATÉGIAS** UTILIZADAS NA SUA **VIDA DIÁRIA**
- **CONTIRBUIR** PARA O **AUMENTO DA EFICÁCIA TERAPÊUTICA** E DA **QUALIDADE DE VIDA DAS PESSOAS COM AFASIA**



PRECISO DE FAZER **PERGUNTAS** E **FILMAR**



PERGUNTAR



FILMAR

EM VÁRIOS **MOMENTOS DIFERENTES**

DURANTE CERCA DE **45 MINUTOS**



**45**

O ESTUDO É UNICAMENTE PARA **FINS CIÊNTÍFICOS**,

**NÃO TENDO** COMO OBJETIVO **DIAGNOSTICAR**,

**NEM INTERVIR** NA SUA CONDIÇÃO DE PACIENTE.

**NÃO INTERFERE** COM O **TRABALHO** DESENVOLVIDO

PELO **TERAPEUTA DA FALA**.



**PODE ACEITAR OU NÃO PARTICIPAR!**

**NÃO CORRE QUALQUER PERIGO.**



**NÃO TEM** que **PAGAR NADA!**



**NÃO RECEBE DINHEIRO!**





ESTE **ESTUDO** É **CONFIDENCIAL** E **ANÓNIMO**!

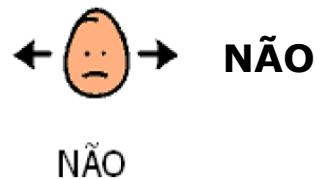


**PODE DESISTIR** QUANDO QUISER!

**COMPREENDEU O QUE LHE FOI DITO?**



**SIM** \_\_\_\_\_

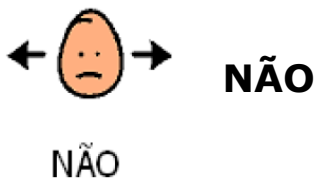


**NÃO**

**ACEITA PARTICIPAR?**



**SIM** \_\_\_\_\_



**NÃO**





O ESTUDO FOI-ME EXPLICADO. **COMPREENDI TUDO** O QUE ME FOI DITO E FORAM RESPONDIDAS **TODAS AS QUESTÕES** QUE COLOQUEI. ESTOU **DE ACORDO** EM PARTICIPAR NO ESTUDO.

---

Participante (nome completo)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura

Data

## DECLARAÇÃO DO INVESTIGADOR

Certifico que o estudo de investigação foi por mim explicado ao indivíduo acima mencionado, incluindo os objetivos, procedimentos, possíveis riscos e os benefícios latentes relacionados com a participação neste estudo de investigação e que as questões colocadas foram respondidas satisfatoriamente.

---

Investigador (nome completo)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura

Data



**Anexo 11 – Pedido de autorização para recolha de dados na instituição.**

Exma. Senhora

Dr<sup>a</sup>. Catarina Branco (Diretora do Serviço de Medicina Física e Reabilitação do Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E.P.E - Hospital São Sebastião)

**Assunto:** Pedido de autorização para recolha de dados para investigação

O meu nome é Sílvia Godinho, sou terapeuta da fala. Neste momento, encontro-me a desenvolver uma investigação integrada na dissertação do Mestrado em Ciências da Fala e da Audição da Universidade de Aveiro. O projeto intitulado de “Validação do *Barriers and Facilitators Checklist* destinado a pessoas com Afasia”. Este trabalho visa identificar quais as barreiras encontradas e quais as estratégias utilizadas por pessoas com afasia na sua participação (comunicativa e social) no dia-a-dia.

Neste contexto, venho respeitosamente solicitar autorização para efetuar a recolha de dados na vossa instituição durante o período de Março a Julho de 2014.

A recolha dos dados respeitará o anonimato da vossa instituição, assim como a confidencialidade relativa a dados pessoais que possam ser fornecidos. A aplicação do instrumento em estudo não será invasiva para os inquiridos nem implicará qualquer gasto da vossa parte. Os resultados obtidos posteriormente serão colocados à vossa disposição.

Informo que a orientação deste projeto cabe à professora Doutora Maria Assunção Matos, terapeuta da fala e co-orientação do professor Doutor Luís Jesus, Engenheiro Eletrotécnico. Para qualquer informação adicional que pretenda obter pode realizá-lo através dos contatos: [silviagodinho@ua.pt](mailto:silviagodinho@ua.pt) ou 912006672 (investigadora), [maria.matos@ua.pt](mailto:maria.matos@ua.pt) (orientadora) e [lmjtj@ua.pt](mailto:lmjtj@ua.pt) (co-orientador).

Junto, envio o resumo do estudo a desenvolver, carta de consentimento informado e a versão original do instrumento de recolha de dados.

Grata pela disponibilidade e atenção, com os melhores cumprimentos.

Aveiro, 12 de Fevereiro de 2014

---

(Sílvia Godinho)



**Anexo 12 – Pedido de parecer a uma Comissão de Ética independente.**

**COMISSÃO DE ÉTICA da Unidade Investigação em Ciências da Saúde -  
Enfermagem (UICISA-E) da Escola Superior de Enfermagem de  
Coimbra (ESEnC)**

**Formulário para Submissão de Pedidos de Apreciação à Comissão de Ética Relativos a Estudos  
de Investigação**

**Título do Projeto:** Validação do *Barriers and Facilitators Checklist* destinado a pessoas com Afasia

**Identificação do(s) Proponente(s)**

Nome(s): Maria Assunção Matos (Orientadora) e Luís Miguel Teixeira de Jesus (Co-orientador)

Sílvia Carina Brandão Godinho (aluna do Mestrado em Ciências da Fala e da Audição da Universidade de Aveiro)

Filiação Institucional: Universidade de Aveiro e Instituto de Engenharia Eletrónica e Telemática de Aveiro (IEETA)

Anexar resumo do *Curriculum Vitae* (máximo 1 página A4)

**Investigador responsável/orientador:** Maria Assunção Matos ([maria.matos@ua.pt](mailto:maria.matos@ua.pt)) e Luís Miguel Teixeira de Jesus ([lmjt@ua.pt](mailto:lmjt@ua.pt))

**Justificação e Objetivos do Estudo:**

A afasia é uma alteração na capacidade de utilizar a linguagem, adquirida através de um dano cerebral nas regiões responsáveis pela mesma. Esta perturbação comunicativa envolve dificuldades na formulação e/ou compreensão dos símbolos linguísticos, sendo que, as alterações linguísticas apresentadas por cada indivíduo variam consoante a região cerebral



afetada e a extensão da lesão. A afasia implica uma total ou parcial incapacidade na expressão, leitura, escrita e compreensão auditiva.

Além das implicações ao nível da linguagem, a afasia acarreta outras implicações, nomeadamente, ao nível da *Participação* em atividades, sendo muitas vezes relatadas situações de isolamento social, desemprego e diminuição do número de atividades de lazer. Tal acontece devido à presença de *Barreiras* que causam *Limitações da atividade*, diminuindo e restringindo a *Participação* em atividades. Por outro lado, a ausência ou presença de *Facilitadores*, reduz a incapacidade e melhora a funcionalidade de um indivíduo.

Com este trabalho pretende-se realizar a validação do *Barriers and Facilitators Checklist* (BFC) para que este possa ser aplicado por todos os terapeutas da fala portugueses que intervêm na afasia. Este instrumento permitirá avaliar as *Barreiras* e *Facilitadores* à comunicação e à *Participação* Social encontrados pelas pessoas com afasia (PCA) na sua vida diária. Considera-se que uma intervenção mais holística ao nível da Terapia da Fala permite melhorar a comunicação da PCA em todos os contextos em que se insere. Tal pode acontecer através da generalização de estratégias comunicativas facilitadoras para contextos externos ao contexto terapêutico, bem como através da eliminação das *Barreiras* à *Participação*. Através da utilização do BFC, será considerada na avaliação e intervenção terapêutica um dos componentes relevante da CIF, os *Fatores Ambientais*, possibilitando uma melhor qualidade de vida destes indivíduos.

**Data prevista de início dos trabalhos:** Abril de 2014

**Data prevista de fim dos trabalhos:** Agosto de 2014

## Metodologia

### Tipo de Estudo:

Realizaremos um estudo exploratório/descritivo.

### População e Amostra/Informantes:

A população será constituída pelo maior número de pessoas com afasia que se enquadrem nos critérios de inclusão definidos para a aplicação do instrumento.

### Critérios de Inclusão/Exclusão:

Os fatores de inclusão definidos para as pessoas com afasia são: pessoas de ambos os géneros



e de qualquer idade; nativas do Português Europeu; com afasia (de acordo com a Bateria de Avaliação de Afasia de Lisboa ou outro instrumento de avaliação); com um nível de compreensão auditiva de material verbal simples mantida ou com capacidade de resposta sim/não preservada e em qualquer estágio de recuperação da afasia.

Locais onde Decorre a Investigação:

O desenho do estudo e a análise dos dados recolhidos serão realizados na Universidade de Aveiro. A recolha dos dados será realizada em Unidades Hospitalares (da região Norte e Centro).

Instrumento(s) de Colheita de Dados:

- Bateria de Avaliação das Afasias de Lisboa (BAAL)
- *Barriers and Facilitators Checklist* (BFC)

Garantia de Confidencialidade:

Toda a informação recolhida no decurso do estudo será mantida estritamente confidencial. Apenas os investigadores do projeto terão acesso aos dados.

**Há previsão de danos para os sujeitos da investigação?**

Não existem quaisquer desvantagens ou riscos para os participantes do estudo. Os investigadores encontram-se disponíveis para prestar qualquer esclarecimento adicional.

**Há previsão de benefícios para os sujeitos da investigação?**

Os resultados obtidos com a aplicação deste instrumento poderão ajudar na definição conjunta (paciente e terapeuta da fala) de objetivos de intervenção terapêutica e consequentemente maximizar a comunicação e melhorar a qualidade de vida das PCA.



**Custos de participação para os sujeitos da investigação e possível compensação:**

Não se aplica.

**Folha de Consentimento Informado:**

Por favor ver os anexos onde se reproduz o instrumento de avaliação BFC e consentimentos informados.

**Termo de Responsabilidade**

Eu, abaixo assinado, na qualidade de co-orientador responsável, declaramos por minha honra que as informações prestadas são verdadeiras e que em todo o processo de investigação serão respeitados os direitos humanos e as recomendações constantes nos documentos nacionais e internacionais relativos à investigação.

**Data: 29 de Março de 2013**

**O Proponente:**

Luís Miguel Teixeira de Jesus

(Professor Coordenador da Universidade de Aveiro)



**Anexo 13 – Resposta das instituições ao pedido de autorização para recolha de dados.**

**1) Resposta do Hospital Dr. Francisco Zagalo (Ovar)**

De: [Secretariado.CA@hovar.min-saude.pt](mailto:Secretariado.CA@hovar.min-saude.pt)

Para: [silviagodinho@ua.pt](mailto:silviagodinho@ua.pt)

Bom dia,

Em resposta à vossa carta de 12 de Fevereiro de 2014, referente ao assunto acima, vimos pelo presente informar que o Conselho de Administração, na sua reunião do passado dia 2 do corrente mês, e prévio parecer da Comissão de Ética, deliberou autorizar o vosso pedido de recolha de dados.

Para efeitos de coordenação deverão contatar a Exma. Enfermeira Diretora Lúcia Monteiro.

Com os nossos melhores cumprimentos.

Dr. Luís Vaz

Presidente do Conselho de Administração



## 2) Resposta do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra



Secção Autónoma de Ciências da Saúde  
Universidade de Aveiro

### Pedido de Autorização para Recolha de Dados

Exmo. Senhor

Prof. Doutor João Páscoa Pinheiro (Diretor do Serviço de Medicina  
Física e de Reabilitação do Centro Hospital e Universitário de  
Coimbra, EPE)

**Assunto:** Pedido de autorização para recolha de dados para investigação

O meu nome é Silvia Godinho, sou terapeuta da fala. Neste momento, encontro-me a desenvolver uma investigação integrada na dissertação do Mestrado em Ciências da Fala e da Audição da Universidade de Aveiro. O projeto intitulado de "Validação do *Barriers and Facilitators Checklist* destinado a pessoas com Afasia". Este trabalho visa identificar quais as barreiras encontradas e quais as estratégias utilizadas por pessoas com afasia na sua participação (comunicativa e social) no dia-a-dia.

Neste contexto, venho respeitosamente solicitar autorização para efetuar a recolha de dados na vossa instituição durante o período de Março a Julho de 2014. Esta investigação integra-se no Projeto HUC 22/08, aprovado pela comissão de ética em resposta ao ofício nº 340.

A recolha dos dados respeitará o anonimato da vossa instituição, assim como a confidencialidade relativa a dados pessoais que possam ser fornecidos. A aplicação do instrumento em estudo não será invasiva para os inquiridos nem implicará qualquer gasto da vossa parte. Os resultados obtidos posteriormente serão colocados à vossa disposição.

Informo que a orientação deste projeto cabe à professora Doutora Maria Assunção Matos, terapeuta da fala e co-orientação do professor Doutor Luís Jesus, Engenheiro Eletrotécnico. Para qualquer informação adicional que pretenda obter pode realizá-lo através dos contactos: [silviagodinho@sua.pt](mailto:silviagodinho@sua.pt) ou 912006672 (investigadora), [maria.matos@sua.pt](mailto:maria.matos@sua.pt) (orientadora) e [lmj@sua.pt](mailto:lmj@sua.pt) (co-orientador).

Junto, envio o resumo do estudo a desenvolver, carta de consentimento informado e a versão original do instrumento de recolha de dados.

Grata pela disponibilidade e atenção, com os melhores cumprimentos.

Aveiro, 12 de Fevereiro de 2014

|                             |
|-----------------------------|
| HUC, EPE                    |
| SMTR - Direção              |
| Recepção <u>20/02/14</u>    |
| Reg. N.º <u>30</u>          |
| Arquivo <u>[assinatura]</u> |

*É pessoal colabora  
nao faz parte do  
projeto principal  
fazer a revisão  
B.  
17/02/14*

Silvia Godinho

(Silvia Godinho)

*Comunicado a secretaria de respeito  
das Comunidades Ativas (A. Silva (HUC)) e não existe  
a ser.*





**3) Resposta do Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais**

Ex.ma Senhora

Dra. Sílvia Carina Brandão Godinho

Sua referência

Sua comunicação

Data  
05.08.2014

Nossa referência

**Assunto:** *"Validação do Barriers and Facilitators Checklist destinado a pessoas com afasia"*

No exercício das suas competências, a CES do CMRRC-RP, vem por este meio dar-lhe conhecimento que, em acordo com os estabelecido na lei e nos códigos deontológicos, deliberou emitir **parecer favorável** à proposta de estudo sobre a investigação em causa, *"Validação do Barriers and Facilitators Checklist destinado a pessoas com afasia"*, que a investigadora Sílvia Carina Brandão Godinho, pretende efectuar no CMRRC-RP.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente da Comissão de Ética para a Saúde

(Dra. Maria Inês Simões Campos)



#### 4) Resposta do Hospital da Misericórdia (Mealhada)

HOSPITAL  
20 de 02 de 2014  
Secção Autónoma de Ciências da Saúde  
Universidade de Aveiro

*Para a Prof.ª Valéria  
para a Prof.ª Lucília  
20/02/2014*

**Pedido de Autorização para Recolha de Dados**

Exmo. Senhor  
Dr. Aloísio João (Diretor Clínico do Hospital da Misericórdia da Mealhada)

**Assunto:** Pedido de autorização para recolha de dados para investigação

*Concedido  
26-2-2014*

O meu nome é Sílvia Godinho, sou terapeuta da fala. Neste momento, encontro-me a desenvolver uma investigação integrada na dissertação do Mestrado em Ciências da Fala e da Audição da Universidade de Aveiro. O projeto intitulado de "Validação do *Barriers and Facilitators Checklist* destinado a pessoas com Afasia". Este trabalho visa identificar quais as barreiras encontradas e quais as estratégias utilizadas por pessoas com afasia na sua participação (comunicativa e social) no dia-a-dia.

Neste contexto, venho respeitosamente solicitar autorização para efetuar a recolha de dados na vossa instituição durante o período de Março a Julho de 2014.

A recolha dos dados respeitará o anonimato da vossa instituição, assim como a confidencialidade relativa a dados pessoais que possam ser fornecidos. A aplicação do instrumento em estudo não será invasiva para os inquiridos nem implicará qualquer gasto da vossa parte. Os resultados obtidos posteriormente serão colocados à vossa disposição.

Informo que a orientação deste projeto cabe à professora Doutora Maria Assunção Matos, terapeuta da fala e co-orientação do professor Doutor Luís Jesus, Engenheiro Eletrotécnico. Para qualquer informação adicional que pretenda obter pode realizá-lo através dos contatos: [silviagodinho@ua.pt](mailto:silviagodinho@ua.pt) ou 912006672 (investigadora), [maria.matos@ua.pt](mailto:maria.matos@ua.pt) (orientadora) e [lmj@ua.pt](mailto:lmj@ua.pt) (co-orientador).

Junto, envio o resumo do estudo a desenvolver, carta de consentimento informado e a versão original do instrumento de recolha de dados.

Grata pela disponibilidade e atenção, com os melhores cumprimentos.

Aveiro, 12 de Fevereiro de 2014

*Sílvia Godinho*

(Sílvia Godinho)



**Anexo 14 – Ficha de caracterização da PCA.**

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Sexo:** \_\_\_\_\_ **Idade:** \_\_\_\_\_

**Naturalidade:** \_\_\_\_\_ **Nacionalidade:** \_\_\_\_\_

**Morada:** \_\_\_\_\_

**Agregado familiar:** \_\_\_\_\_

**Profissão:** \_\_\_\_\_ **Reformado?** Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

**Escolaridade:** \_\_\_\_\_ (anos) **Estado civil:** \_\_\_\_\_

**Instalação da doença:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Etiologia:** \_\_\_\_\_

**Lesões cerebrais anteriores?** Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

**Visão:** \_\_\_\_\_ **Audição:** \_\_\_\_\_

**Diagnóstico de Afasia (segundo a BAAL):**

|                                       |                                    |
|---------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Afasia Anómica</b>                 | <b>Afasia Transcortical Motora</b> |
| <b>Afasia de Wernicke</b>             | <b>Afasia de Broca</b>             |
| <b>Afasia Transcortical Sensorial</b> | <b>Afasia Transcortical Mista</b>  |
| <b>Afasia de Condução</b>             | <b>Afasia Global</b>               |

**Quociente de Afasia:** \_\_\_\_\_

**Défice Motor:** \_\_\_\_\_

**Apoio em Terapia da Fala:** \_\_\_\_\_

**Outros apoios:** \_\_\_\_\_

**Observações:** \_\_\_\_\_



**Anexo 15 – Caracterização da amostra de PCAs (N=14).**

| <b>Caraterísticas</b>          |            |
|--------------------------------|------------|
| <b>Sexo</b>                    |            |
| Masculino                      | 9 (35,7%)  |
| Feminino                       | 5 (64,3%)  |
| <b>Grau de escolaridade</b>    |            |
| 1º Ciclo                       | 6 (42,9%)  |
| 2º Ciclo                       | 1 (7,1%)   |
| 3º Ciclo                       | 3 (21,4%)  |
| Secundário                     | 4 (28,6%)  |
| <b>Idade</b>                   |            |
| Média                          | 58,79      |
| D.P.                           | 10,131     |
| Mínimo- Máximo                 | 46-76      |
| <b>Instalação da doença</b>    |            |
| Média                          | 2011,57    |
| D.P.                           | 3,322      |
| Mínimo- Máximo                 | 2004-2014  |
| <b>Etiologia</b>               |            |
| AVC                            | 14 (100%)  |
| <b>Tipo de afasia</b>          |            |
| Afasia Transcortical Motora    | 7 (50%)    |
| Afasia de Broca                | 3 (21,4%)  |
| Afasia Transcortical Sensorial | 1 (7,1%)   |
| Afasia Global                  | 1 (7,1%)   |
| Afasia Anómica                 | 1 (7,1%)   |
| Afasia de Condução             | 1 (7,1%)   |
| <b>Estado civil</b>            |            |
| Solteiro(a)                    | 1 (7,1%)   |
| Casado(a)                      | 12 (85,7%) |
| Viúvo(a)                       | 1 (7,1%)   |



|                                                       |            |
|-------------------------------------------------------|------------|
| <b>Atividade profissional prévia à lesão cerebral</b> |            |
| Operário Fabril                                       | 2 (14,3%)  |
| Doméstica                                             | 1 (7,1%)   |
| Mecânico                                              | 1 (7,1%)   |
| Empresário                                            | 2 (14,3%)  |
| Pescador                                              | 1 (7,1%)   |
| Condutor                                              | 2 (14,3%)  |
| Professor                                             | 1 (7,1%)   |
| Funcionário público                                   | 2 (14,3%)  |
| Costureira                                            | 1 (7,1%)   |
| Vendedor de bebidas                                   | 1 (7,1%)   |
| <b>Audição</b>                                        |            |
| Sem défices auditivos                                 | 14 (100%)  |
| <b>Visão</b>                                          |            |
| Sem défices visuais                                   | 10 (71,4%) |
| Com défices visuais                                   | 4 (28,6%)  |
| <b>Quadro motor associado</b>                         |            |
| Sem défice motor                                      | 6 (42,9%)  |
| Hemiparesia direita                                   | 8 (57,1%)  |



**Anexo 16 – Folha facilitadora para a obtenção de uma resposta por parte da PCA (aponta a sua resposta).**

# Fácil



# Difícil





# Barriers and Facilitators Checklist (BFC)

**Barriers and Facilitators Checklist**

**A. Quando someone é mais fácil ou mais difícil accessar:**

|                                                               | É mais fácil | É mais difícil | Não Aplicável |
|---------------------------------------------------------------|--------------|----------------|---------------|
| 1. Esta a melhor maneira de fazer isto (1,6)                  |              |                |               |
| 2. Chama a sua atenção para o que vai dizer (1,6)             |              |                |               |
| 3. Incentiva alguém a não o compreender (4,6)                 |              |                |               |
| 4. Incentiva para se fazer coisas (4,6)                       |              |                |               |
| 5. Usa da mais tempo para responder (2,7,10,11,12,13,14)      |              |                |               |
| 6. Avança quando muda de assunto (2,7,10,11,12,13,14)         |              |                |               |
| 7. Fala depressa (2,7,11,12,14)                               |              |                |               |
| 8. Fala devagar (2,7,11,12,14)                                |              |                |               |
| 9. Fala quando é o seu problema de fala (2,7,10,11,12,13,14)  |              |                |               |
| 10. Fala quando é o seu problema de fala (2,7,10,11,12,13,14) |              |                |               |
| 11. O tempo quando muda de assunto (2,7,10,11,12,13,14)       |              |                |               |
| 12. Tem a ideia de cada vez (2,7,10,11,12,13,14)              |              |                |               |
| 13. Usa uma ideia de cada vez (2,7,10,11,12,13,14)            |              |                |               |
| 14. Usa uma ideia de cada vez (2,7,10,11,12,13,14)            |              |                |               |
| 15. Usa uma ideia de cada vez (2,7,10,11,12,13,14)            |              |                |               |
| 16. Usa uma ideia de cada vez (2,7,10,11,12,13,14)            |              |                |               |
| 17. Usa uma ideia de cada vez (2,7,10,11,12,13,14)            |              |                |               |
| 18. Usa uma ideia de cada vez (2,7,10,11,12,13,14)            |              |                |               |
| 19. Usa uma ideia de cada vez (2,7,10,11,12,13,14)            |              |                |               |
| 20. Usa uma ideia de cada vez (2,7,10,11,12,13,14)            |              |                |               |
| 21. Usa uma ideia de cada vez (2,7,10,11,12,13,14)            |              |                |               |

**B. É mais fácil ou mais difícil se:**

|                                                                                     | É mais fácil | É mais difícil | Não Aplicável |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------|---------------|
| 22. Há uma barreira de vidro (p. ex. janela) (1,6)                                  |              |                |               |
| 23. Há um ambiente agitado (p. ex. passagem de pessoas, ruído) (2,7,10,11,12,13,14) |              |                |               |
| 24. Conseguir encontrar o que quer sem ajuda (3)                                    |              |                |               |
| 25. Não muitas pessoas se encontram (2,7,14)                                        |              |                |               |
| 26. Há uma pessoa de cada vez (1,6)                                                 |              |                |               |
| 27. Tem amigos (2,14)                                                               |              |                |               |
| 28. Não desconhecidos (7,17)                                                        |              |                |               |
| 29. Indivíduo (16)                                                                  |              |                |               |
| 30. 1 (16)                                                                          |              |                |               |
| 31. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 32. 4 (16)                                                                          |              |                |               |
| 33. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 34. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 35. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 36. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 37. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 38. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 39. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 40. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 41. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 42. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 43. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 44. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 45. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 46. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 47. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 48. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 49. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 50. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 51. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 52. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 53. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 54. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 55. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 56. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 57. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 58. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 59. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 60. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 61. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 62. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 63. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 64. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 65. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 66. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 67. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 68. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 69. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 70. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 71. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 72. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 73. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 74. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 75. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 76. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 77. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 78. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 79. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 80. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 81. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 82. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 83. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 84. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 85. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 86. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 87. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 88. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 89. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 90. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 91. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 92. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 93. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 94. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 95. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 96. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 97. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 98. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 99. 6 (16)                                                                          |              |                |               |
| 100. 6 (16)                                                                         |              |                |               |

**C. Poderá interferir:**

|                          | É mais fácil | É mais difícil | Não Aplicável |
|--------------------------|--------------|----------------|---------------|
| 64. Se não o faz (2,12)  |              |                |               |
| 65. Se não o faz (2,12)  |              |                |               |
| 66. Se não o faz (2,12)  |              |                |               |
| 67. Se não o faz (2,12)  |              |                |               |
| 68. Se não o faz (2,12)  |              |                |               |
| 69. Se não o faz (2,12)  |              |                |               |
| 70. Se não o faz (2,12)  |              |                |               |
| 71. Se não o faz (2,12)  |              |                |               |
| 72. Se não o faz (2,12)  |              |                |               |
| 73. Se não o faz (2,12)  |              |                |               |
| 74. Se não o faz (2,12)  |              |                |               |
| 75. Se não o faz (2,12)  |              |                |               |
| 76. Se não o faz (2,12)  |              |                |               |
| 77. Se não o faz (2,12)  |              |                |               |
| 78. Se não o faz (2,12)  |              |                |               |
| 79. Se não o faz (2,12)  |              |                |               |
| 80. Se não o faz (2,12)  |              |                |               |
| 81. Se não o faz (2,12)  |              |                |               |
| 82. Se não o faz (2,12)  |              |                |               |
| 83. Se não o faz (2,12)  |              |                |               |
| 84. Se não o faz (2,12)  |              |                |               |
| 85. Se não o faz (2,12)  |              |                |               |
| 86. Se não o faz (2,12)  |              |                |               |
| 87. Se não o faz (2,12)  |              |                |               |
| 88. Se não o faz (2,12)  |              |                |               |
| 89. Se não o faz (2,12)  |              |                |               |
| 90. Se não o faz (2,12)  |              |                |               |
| 91. Se não o faz (2,12)  |              |                |               |
| 92. Se não o faz (2,12)  |              |                |               |
| 93. Se não o faz (2,12)  |              |                |               |
| 94. Se não o faz (2,12)  |              |                |               |
| 95. Se não o faz (2,12)  |              |                |               |
| 96. Se não o faz (2,12)  |              |                |               |
| 97. Se não o faz (2,12)  |              |                |               |
| 98. Se não o faz (2,12)  |              |                |               |
| 99. Se não o faz (2,12)  |              |                |               |
| 100. Se não o faz (2,12) |              |                |               |



## ÍNDICE

|                                                                                |            |
|--------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>1. Introdução .....</b>                                                     | <b>89</b>  |
| <b>2. Introdução aos Conceitos .....</b>                                       | <b>90</b>  |
| 2.1. CAUSAS DA AFASIA .....                                                    | 90         |
| 2.2. AFASIA .....                                                              | 90         |
| 2.3. CONSEQUÊNCIAS DA AFASIA .....                                             | 91         |
| 2.4. CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE ..... | 92         |
| 2.5. AVALIAÇÃO DA PESSOA COM AFASIA E CIF .....                                | 95         |
| 2.6. BARREIRAS E FACILITADORES .....                                           | 96         |
| <b>3. Barriers and Facilitators Checklist .....</b>                            | <b>96</b>  |
| 3.1. OBJETIVOS .....                                                           | 96         |
| 3.2. POPULAÇÃO ALVO .....                                                      | 97         |
| 3.3. CONSTITUIÇÃO DO INSTRUMENTO .....                                         | 97         |
| 3.4. MATERIAIS NECESSÁRIOS .....                                               | 98         |
| 3.5. NORMAS DE APLICAÇÃO .....                                                 | 99         |
| <b>4. Referências .....</b>                                                    | <b>100</b> |
| <b>Anexos Do Manual .....</b>                                                  | <b>100</b> |
| 1. FOLHA DE REGISTO DO BFC .....                                               | 103        |
| 2. CARTÕES SUGERIDOS PARA A APLICAÇÃO DO BFC .....                             | 109        |





## **1. INTRODUÇÃO**

O Barriers and Facilitators Checklist (BFC) foi desenvolvido na Universidade de Aveiro (Matos 2012; Matos & Jesus 2013).

Até ao momento não há conhecimento de um instrumento formal, em Portugal, que permita avaliar as Barreiras e/ou Facilitadores encontrados pelas pessoas com afasia (PCAs) na sua vida diária.

Neste sentido, considera-se pertinente a construção de um instrumento de avaliação como o BFC, assim como a elaboração deste Manual de Aplicação que permite auxiliar os terapeutas da fala, permitindo-lhes uma orientação na sua aplicação e esclarecimentos de dúvidas que possam ocorrer durante a mesma.

Pensa-se deste modo estar a contribuir para uma melhoria da prática clínica destes profissionais, permitindo-lhes uma intervenção mais holística que proporcione uma melhoria na qualidade de vida de todos quantos fazem parte deste processo de intervenção.



## **2. INTRODUÇÃO AOS CONCEITOS**

### **2.1. Causas da afasia**

A ocorrência de diferentes patologias neurológicas pode afetar o normal funcionamento do cérebro, e consequentemente a capacidade comunicativa de um indivíduo. As alterações linguísticas que decorrem de danos cerebrais acontecem nas áreas cerebrais responsáveis pela linguagem, podendo dever-se a acidentes vasculares cerebrais (AVCs), traumatismos crânio-encefálicos, tumores cerebrais, doenças degenerativas, infeções do sistema nervoso, doenças nutricionais e metabólicas (Ardila 2006).

Os AVCs são um problema de grande importância para a saúde pública, a nível mundial, uma vez que são a terceira maior causa de morte e de incapacidade permanente nos países desenvolvidos ((DGS), 2010). Ocorrem de forma abrupta, quando parte do cérebro é subitamente danificada ou destruída devido a uma interrupção ou bloqueio da irrigação sanguínea (Martins, 2006).

Os fatores de risco mais importantes para a ocorrência de um acidente vascular cerebral (AVC) são a idade e a hipertensão arterial, podendo também considerar-se outros fatores de risco como a diabetes, o tabagismo, o alcoolismo, a obesidade, o sedentarismo, a hiperlipidémia, assim como o género e a etnia (Ferro e Pimentel, 2006).

As consequências mais comuns que decorrem de um AVC são a hemiplegia, disfagia, afasia, apraxia, alterações visuais, agnosia, disartria, cinestesia, incontinência e dor no ombro. Para além destas alterações, podem ocorrer alterações comportamentais e do foro emocional, estando estes doentes predispostos a graves riscos de saúde e bem-estar (Festas et al., 2006; Martins, 2006).

A grande maioria das pessoas que teve um AVC vê a sua atividade social drasticamente alterada e reduzida, sendo que o contacto familiar se mantém, embora o contato e interação com os amigos se encontrem reduzidos (Martins, 2006). É também frequente o seu isolamento social (Cruice et al., 2006).

As consequências sociais de um AVC podem ser agrupadas em 5 grandes categorias: regresso ao trabalho, relações familiares, relações sexuais, finanças e atividades sociais (Daniel et al., 2009).

### **2.2. Afasia**



A afasia é definida como uma alteração das diversas capacidades de interpretação e formulação da linguagem, devido à lesão cerebral e à perda ou não de outras funções cognitivas (Simmons-Mackie e Kagan, 2007).

A maior parte dos indivíduos com afasia apresenta dificuldade em recorrer à linguagem em todas as suas modalidades, isto é, têm dificuldade a nível da compreensão auditiva, expressão, leitura e escrita (Katz et al., 2000; Lyon, 1998; Rogers et al., 1999) e gestos (Marshall, 2002).

Este diagnóstico pressupõe ainda que a linguagem esteja afetada desproporcionadamente relativamente a outros défices que poderão ocorrer em simultâneo, nomeadamente, disfunção motora, perdas sensoriais e sequelas cognitivas não linguísticas, tais como perturbações da memória, das funções executivas ou da pragmática social (Ardila, 2006).

São usualmente descritos quadros diferentes de afasia, dependendo da localização e extensão da lesão, com base nos sintomas de perturbação da linguagem apresentados (Benson e Ardila, 1996; Castro-Caldas, 1999).

A afasia apresenta ainda diferentes períodos de recuperação, sendo que alguns indivíduos recuperam nas primeiras semanas pós AVC mas outros terão uma recuperação muito lenta. Ainda assim, a sua melhoria será gradual e incompleta com uma maior evidência nos primeiros 3 meses (Bruce et al., 2000). Esta recuperação dependerá de muitos fatores, entre os quais, a quantidade de substrato neuronal saudável existente em ambos os hemisférios cerebrais (Marshall, 2002).

### **2.3. Consequências da afasia**

Uma vez que a comunicação é usada na maioria das atividades realizadas diariamente, a afasia pode ter um impacto significativo nas funções da vida diária. São descritas limitações da atividade em PCAs e observa-se que os indivíduos variam muito no tipo de atividades a que se dedicam (Davidson et al., 2003).

Contudo, a afasia não provoca apenas barreiras que dificultam aspetos da vida diária (Chapey, 2001), mas acarreta também modificações de linguagem que afetam a capacidade de a pessoa comentar, sugerir, questionar, discutir, brincar e partilhar histórias de vida (Davidson et al., 2003; Parr et al., 1997).

São ainda indicadas modificações ocorridas em situações relativas à comunicação, dependência física, alterações nas relações interpessoais e amizades, perda de autonomia, restrições na realização de atividades, redução dos contactos sociais, modificações da vida social, estigmatização, dificuldade no controlo das



emoções e sentimentos negativos diversos como a ansiedade, irritabilidade, stresse, aborrecimento e solidão (Joffe et al., 2008). Os sentimentos de embaraço, sensação de impotência e perda de confiança são também comuns (Parr et al., 1997).

A afasia tem um impacto significativo na vida de todos os que com ela convivem e de forma mais alargada na comunidade em que as PCAs se encontram inseridas. Estas dificuldades devem-se ao facto de a comunicação e especificamente a linguagem ser a base das comunicações (Howe et al., 2008).

Além das consequências já descritas, a falta de conhecimento sobre a afasia contribui para uma maior incapacidade dos interlocutores na capacitação do processo de comunicação com alguém que apresenta afasia e/ou em facilitarem o seu envolvimento social (Davidson et al., 2008; Parr et al., 1997).

## **2.4. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**

A *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde* (CIF) (DGS 2004) é a versão portuguesa da *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF), desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2001, e tem como objetivo geral proporcionar uma linguagem unificada e padronizada, assim como uma estrutura de trabalho que permite descrever os domínios da saúde e os domínios relacionados com esta (DGS 2004). Permite descrever situações relacionadas com a funcionalidade do ser humano, e suas restrições, e serve como enquadramento para organizar esta informação. É estruturada de forma útil, integrada e facilmente acessível e encontra-se dividida em duas partes: *Funcionalidade e Incapacidade* e os *Fatores Contextuais*.

A *Funcionalidade e Incapacidade* é constituída por dois componentes: *Corpo e Atividades e Participação* e inclui ainda os termos *Deficiência*, como sendo a “perda ou anormalidade de uma estrutura do corpo ou de uma função fisiológica”, *Limitação da Atividade* referindo-se à “dificuldade que um indivíduo pode ter na execução das atividades” e *Restrições na Participação* como sendo os “problemas que o indivíduo enfrenta quando está envolvido em situações da vida real” (DGS 2004, p.13). O componente *Corpo* divide-se em *Funções do Corpo*, “as funções fisiológicas dos sistemas orgânicos, incluindo funções psicológicas” e *Estruturas do Corpo* dizendo respeito às “partes anatómicas do corpo, tais como órgãos, membros e seus componentes” (DGS 2004, p.14). O segundo componente *Atividades e Participação* engloba os aspetos da funcionalidade tanto na perspetiva



individual como social, uma vez que a *Atividade* é definida como a “execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo” e a *Participação* corresponde ao “envolvimento de um indivíduo numa situação da vida real” (DGS 2004, p.16).

O segundo domínio da CIF (*Fatores Contextuais*) contém também dois componentes: *Fatores Ambientais* e *Fatores Pessoais*. Os *Fatores Ambientais* “constituem o ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem a sua vida” (DGS 2004, p.19). Os *Fatores Pessoais* estão relacionados com o indivíduo e são fatores tais como a idade, sexo, nível social, experiências da vida, que não são classificados, mas que os utilizadores podem incorporar nas suas aplicações desta classificação (DGS 2004, p.19).

A CIF tem também influenciado ao longo dos tempos o conceito de afasia, tradicionalmente definida como uma deficiência das funções e estruturas do corpo (Simmons-Mackie e Kagan, 2007). No entanto, como já foi referido, a afasia também tem impacto significativo nas atividades quotidianas da pessoa, assim como na sua participação social uma vez que a comunicação tem um papel crucial nestas duas componentes. Pode concluir-se assim, que da afasia resultam limitações da atividade e restrições na participação, que influenciam a qualidade de vida de todas as pessoas envolvidas neste processo (Simmons-Mackie e Kagan, 2007). Deste modo, atualmente o centro da avaliação e intervenção na afasia pode ser descrito com relação às *Deficiências, Limitações da Atividade e Restrições na Participação* apresentadas (Verna et al., 2009).

Relativamente aos *Facilitadores*, segundo a CIF, estes são considerados os fatores que ausentes ou presentes melhoram a *Funcionalidade* e reduzem a *Incapacidade* de uma pessoa. Estes podem impedir que uma *Deficiência* ou *Limitação da Atividade* se transformem numa *Restrição na Participação*, já que o desempenho real de uma ação é melhorado, apesar do problema da pessoa persistir (DGS 2004).

A nível das *Barreiras*, estas são também fatores que, ausentes ou presentes, limitam a *Funcionalidade* e provocam *Incapacidade* (DGS 2004).

De acordo com a CIF é possível estabelecer a classificação das *Barreiras* e *Facilitadores*, com base em cinco capítulos:

- Produtos e Tecnologias - Qualquer produto, instrumento e equipamento ou tecnologia adaptado que melhore a *Funcionalidade* de uma pessoa com *Incapacidade* (DGS 2004);
- Ambiente Natural e mudanças ambientais feitas pelo homem - elementos do ambiente natural ou físico e dos componentes deste ambiente que foram



modificados pelas pessoas, bem como das características das populações humanas desse ambiente (DGS 2004);

- Apoios e Relacionamentos - pessoas ou animais que dão apoio prático físico ou emocional na educação, proteção, assistência e nos relacionamentos com outras pessoas ou em outros aspetos das suas atividades diárias (DGS 2004);
- Atitudes - consequências observáveis dos costumes, práticas, ideologias, valores, normas, crenças religiosas e outras (DGS 2004).
- Serviços, Sistemas e Políticas -
  - *Serviços* que proporcionam benefícios, programas estruturados e operações, em vários setores da Sociedade, organizados para satisfazer as necessidades dos indivíduos (incluindo as pessoas que prestam esses serviços).
  - *Sistemas* que são mecanismos de controlo administrativo e de supervisão organizativa, estabelecidos por autoridades reconhecidas que proporcionam benefícios, programas estruturados e operações em vários sectores da sociedade.
  - *Políticas* que englobam as regras, regulamentos, convenções e normas estabelecidos por autoridades reconhecidas, que regem ou regulam os sistemas que controlam serviços ou outras atividades em vários setores da sociedade (DGS 2004).

Considerando os 5 capítulos incluídos nos *Fatores Ambientais* são diversas as *Barreiras* e *Facilitadores*, inseridos em cada um deles, que podem interferir aquando da *Participação* das PCAs em atividades do dia-a-dia. No Capítulo dos *Produtos e Tecnologias* alguns dos *Facilitadores* referidos para maximizar a comunicação são a alteração de materiais escritos para pessoas com dificuldades de leitura (utilização de palavras simples, frases curtas e aumento do espaço em branco), bem como a utilização de informações gráficas (imagens) e palavras-chave como suporte. No que respeita ao *Ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo homem*, as situações de comunicação podem ser mais positivas se acontecerem em ambientes familiares, sem ruído ambiente e sem distrações visuais. Nos capítulos de *Apoio e relacionamentos* e *Atitudes*, a comunicação pode ser facilitada se ocorrer com pessoas conhecidas e se os parceiros de comunicação estiverem treinados para utilizar estratégias de comunicação aumentativa e alternativa (CAA). No capítulo dos *Serviços, Sistemas e Políticas*, o facto de a pessoa com afasia (PCA) ter acesso a sessões de Terapia da Fala e frequentar



grupos de apoio para PCAs pode ajudar na melhoria das suas competências comunicativas e participativas (T. Howe 2008).

Por outro lado, a existência de *Barreiras* poderá dificultar a *Participação* e reduzir o número de experiências comunicativas positivas. Algumas das Barreiras encontradas pelas PCAs, incluídas nos capítulos dos *Serviços, Sistemas e Políticas e Atitudes*, podem dever-se à falta de conhecimento sobre a afasia pela sociedade em geral, bem como a existência de instituições de atendimento público com políticas de atendimento rápido (bancos). Englobado pelo capítulo dos *Produtos e Tecnologias*, muitas PCAs podem apresentar dificuldades na utilização de alta tecnologia (computadores e softwares de CAA) e dificuldades na utilização de telefones. Atendendo aos capítulos de *Apoio e relacionamentos* e dos *Serviços, Sistemas e Políticas*, se a PCA estiver inserida num grupo de muitos indivíduos bem como parceiros de comunicação e se estes fornecem pouco tempo para que esta responda, a sua participação pode estar comprometida (T. Howe 2008).

## **2.5. Avaliação da pessoa com afasia e CIF**

Numa perspetiva tradicional, os objetivos principais da avaliação eram, após a mesma, utilizar a informação recolhida para estabelecer um diagnóstico, determinar a gravidade da situação e determinar o prognóstico para a sua recuperação (Threats, 2010). A avaliação tradicional da afasia procurava ainda recolher informação acerca dos componentes da linguagem considerados afetados, tais como a nomeação, compreensão auditiva, leitura e escrita (Simmons-Mackie e Kagan, 2007).

A CIF elevou a consciência para o facto de que os *Fatores Ambientais* podem facilitar ou dificultar tanto as *Funções do Corpo* como a *Participação* do indivíduo na sua vida diária (Threats, 2007). É, assim, importante avaliar a PCA ao nível das *Atividades e Participação*, o que muitas vezes implica a observação da pessoa em situações da vida real ou a aplicação de entrevistas à PCA ou outros, considerando as suas tarefas diárias, como a troca de cumprimentos e pedidos de ajuda (Simmons-Mackie e Kagan, 2007).

Assim, as práticas mais atuais de avaliação colocam um grande foco nas necessidades funcionais do indivíduo, incluindo a avaliação dos níveis de *Atividade e Participação* e *Fatores Ambientais*. A avaliação está mais interligada com o que se pretende fazer na terapia e nos resultados que se pretendem obter com a mesma (Threats, 2010).



Assim, apesar de ser importante o trabalho focado nos défices provocados pela afasia, este deve ser sempre complementado com o aumento do acesso a *Facilitadores* e redução das *Barreiras à Participação* facilitando a *Participação* da PCA em atividades pessoais relevantes, relacionamentos e papéis e maximizando a sua satisfação e qualidade de vida (Kagan e Simmons - Mackie, 2007).

## 2.6. Barreiras e Facilitadores

Além da classificação já descrita, proposta pela OMS (2001) das classificações das Barreiras apresentadas pela PCA, é sugerida uma classificação diferente por Parr et al. (1997) e Pound et al. (2001). Segundo estes autores, são inúmeras as *Barreiras* encontradas pela PCA no seu dia-a-dia e estas podem ser de quatro tipos:

- Barreiras ambientais - Barreiras no ambiente físico e/ou linguístico;
- Barreiras estruturais - Surgem quando os recursos, serviços e oportunidades estão ausentes ou inapropriados;
- Barreiras de informação - Ausência de informação relevante, oportuna e acessível à sua condição;
- Barreiras atitudinais - Reações de hostilidade e discriminação por parte de outras pessoas.

## 3. BARRIERS AND FACILITATORS CHECKLIST

O *Barriers and Facilitators Checklist* (BFC) pretende apetrechar os terapeutas da fala portugueses com um instrumento de avaliação que permite identificar as *Barreiras* e *Facilitadores* encontrados pelas PCAs, assim como pelo seu familiar/cuidador/pessoa significativa, permitindo definir objetivos para a terapia que vão ao encontro das suas necessidades, expetativas e vivências diárias (Matos, 2012).

### 3.1. Objetivos

O BFC tem como objetivos:

1. Complementar a avaliação tradicional das PCAs (Matos 2012);
2. Identificar as *Barreiras* e *Facilitadores* existentes na comunicação e na participação social da PCA e dos seus interlocutores, na vida diária (Matos, 2012).





### 3.2. População alvo

Antes de iniciar a aplicação do BFC, é necessário considerar se este vai ser aplicado à PCA ou ao seu familiar/cuidador/pessoa significativa. Tratando-se da PCA, poderão ser envolvidas:

- Pessoas de ambos os géneros;
- Pessoas de qualquer idade;
- Pessoas nativas do Português Europeu (PE) ou que usam a Língua Portuguesa como primeira língua;
- Com afasia, de acordo com a Bateria de Avaliação de Afasia de Lisboa (BAAL) (Castro-Caldas, 1979; Damásio, 1973; Ferro, 1986); poderá utilizar-se outro instrumento de avaliação que permita efetuar o diagnóstico de afasia;
- Com um nível de compreensão mantida ou com capacidade de resposta sim/não preservada, de acordo com a prova opcional de compreensão auditiva da BAAL ou outro;
- Pessoas em qualquer fase de recuperação da afasia.

Relativamente aos familiares/cuidadores/pessoas significativas:

- Pessoas de ambos os géneros;
- Pessoas de qualquer idade;
- Nativos do PE ou que usam a Língua Portuguesa como primeira língua;
- Pessoas com um nível de compreensão mantida ou com capacidade de resposta sim/não preservada;
- Sem perturbação neurológica.

### 3.3. Constituição do instrumento

O BFC é constituído por 78 itens, distribuídos por três grandes grupos:

- Grupo A - Grupo das *Estratégias do Interlocutor*, com 36 itens;
- Grupo B - Grupo dos *Fatores Ambientais e Individuais*, com 27 itens;
- Grupo C - Grupo dos *Fatores Variados*, com 15 itens.

São consideradas *Estratégias do Interlocutor*, todas as atitudes e comportamentos postos em prática pelo interlocutor de comunicação que possam de algum modo facilitar ou dificultar a participação da PCA num processo de comunicação. No que concerne ao grupo dos *Fatores Ambientais e Individuais*, este



consiste em fatores que se relacionam com o ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e pelos quais conduzem a sua vida e que de alguma forma podem interferir na sua participação em atividades comunicativas. Por fim, o grupo dos *Fatores Variados* que contempla fatores que estando associados a uma situação de afasia e/ou que sendo extrínsecos à PCA podem interferir na sua Participação Social (Matos, 2012).

Segundo Matos (2012) é possível realizar uma comparação da classificação utilizada na BFC com as classificações existentes na literatura internacional, já descritas. Se considerarmos a classificação de Parr et al. (1997) e Pound et al. (2001), pode verificar-se que o grupo das *Estratégias do Interlocutor* contempla itens correspondentes a *Barreiras Ambientais* e a *Barreiras Atitudinais*. No entanto, também contem alguns *Fatores Ambientais* referidos pela CIF (DGS, 2004), nomeadamente relacionados com os *Apoios e Relacionamentos* e com as *Atitudes*. São exemplo de *Barreiras Ambientais* itens como “Fala depressa” ou “Utiliza frases simples”; exemplos de *Barreiras Atitudinais* itens como “Mostra falta de paciência” ou “Respeita o silêncio”.

No que diz respeito ao grupo dos *Fatores Ambientais e Individuais*, pode considerar-se que este contempla *Barreiras Ambientais* e *Barreiras de Informação*. Contempla ainda, fatores relacionados com o *Ambiente Natural e Mudanças Ambientais feitas pelo Homem* assim como alguns *Fatores Pessoais* relatados na CIF (DGS, 2004).

Deste modo foram integradas *Barreiras Atitudinais*, *Barreiras Estruturais* e *Barreiras Ambientais* segundo Parr et al. (1997) e Pound et al. (2001) e foram ainda integrados itens relacionados com as *Atitudes*, *Serviços*, *Sistemas e Políticas*, *Apoios e Relacionamentos*, assim como *Fatores Pessoais*, segundo a CIF (DGS, 2004).

### 3.4. Materiais necessários

Para a aplicação do BFC é necessário a folha de registo das respostas, os cartões com cada item escrito e imagens de “Fácil” e “Difícil”, de forma a facilitar a obtenção de uma resposta por parte das PCAs.

Os cartões sugeridos neste manual são relativos a cada item e contemplam algumas normas, referidas por Herbert et al. (2012):

- tipo de letra: Arial ou Calibri;
- tamanho de letra: entre 14 e 18 pt;



- palavras mais importantes a negrito com um tamanho de letra 2 pt acima das restantes;
- muito espaço branco em torno da mensagem.

### 3.5. Normas de aplicação

1. O BFC é de aplicação individual, a PCAs de qualquer idade e/ou familiares/cuidadores/pessoas significativas das mesmas;
2. O seu tempo médio de aplicação é de 35 minutos. Nesta previsão não foi contabilizado o tempo necessário ao estabelecimento de um diálogo/interação inicial com a pessoa a quem se vai aplicar. É de referir, que dependendo do nível de compreensão apresentado pela PCA o tempo de aplicação poderá ser maior ou menor;
3. A aplicação do BFC requer o conhecimento prévio do seu conteúdo e forma de aplicação;
4. Este deve ser aplicado num ambiente sem distrações, calmo e confortável;
5. O BFC é composto por três partes, sendo a sua cotação realizada por meio de uma cruz efetuada na coluna correspondente à resposta dada pelo utente e/ou pelo familiar/cuidador/pessoa significativa;
6. Na apresentação do estímulo, o avaliador realiza a leitura em voz alta de cada item, apresentando ao mesmo tempo o cartão facilitador à PCA ou familiar/cuidador;
7. São consideradas as seguintes respostas válidas por parte da PCA:
  - uma resposta oral ou gestual;
  - apontar na folha de resposta qual a sua opção da resposta;
  - apontar para cartões Sim/Não;
8. Durante a sua aplicação, poderá haver necessidade de fornecer as instruções apenas com uma condicionante, ou seja, " É mais fácil comunicar com essa pessoa se..." em vez de " É mais fácil ou mais difícil comunicar com essa pessoa se ...", o que permite obter uma resposta de Sim ou Não;
9. Se o examinador observa que a PCA e/ou o familiar/cuidador/pessoa significativa **não ouviu** o item, é-lhe permitido repetir o item as vezes que forem consideradas necessárias;
10. Se o examinador observa que a PCA e/ou o familiar/cuidador/pessoa significativa **não compreendeu** bem o item, é-lhe permitido: repetir o item falando mais lentamente; usar o material adaptado (cartões) sugerido neste Manual; contextualizar o item, referindo-se a situações do dia-a-dia usuais



para a PCA e/ou familiar/cuidador/pessoa significativa; utilizar/apontar objetos reais relativos ao item; ou por fim, utilizar as diversas formas de comunicar (escrita, desenho, gestos).

11. Caso o familiar/cuidador/pessoa significativa esteja presente durante a sua aplicação à PCA, é permitido que esta se refira a situações da vida diária que facilitem a compreensão do item;
12. Caso a PCA e/ou o familiar/cuidador/pessoa significativa seja analfabeta não devem ser aplicados os itens relativos à leitura e à escrita.
13. Caso se verifique cansaço por parte da PCA e/ou familiar/cuidador/pessoa significativa ou deixem de estar reunidas as condições que permitam o prosseguimento da sua aplicação, ela pode ser interrompida e aplicada nas sessões seguintes.

#### 4. REFERÊNCIAS

- Ardila, A. (2006). *Las Afasias*. Miami, Florida, EE.UU: Department of Communication Sciences and Disorders. Florida International University.
- Benson, D. e Ardila, A. (1996). *Aphasia - A Clinical Perspective*. New York: Oxford University Press.
- Bruce, C., et al. (2000). Why should recovery be a cause for concern? An investigation of an unusual pattern of recovery in a man with aphasia. *Aphasiology* (Vol. 14, pp. 755-769).
- Castro- Caldas, A. (1979). *Diagnóstico e evolução das afasias de causa vascular*. Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Castro-Caldas, A. (1999). *A Herança de Franz Joseph Gall. O cérebro ao serviço do comportamento humano*. Lisboa: McGRAW - HILL.
- Chapey, R. (2001). *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. Baltimore, MD: Williams&Wilkins.
- Cruice, M., et al. (2006). Quantifying aphasic people's social lives in the context of non-aphasic peers. *Aphasiology*, 20(12), 1210-1225.
- Damásio, A. R. (1973). *Neurologia da Linguagem*. Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Daniel, K., et al. (2009). What are the Social Consequences of Stroke for Working - Aged Adults? : A Systematic Review *Stroke* (pp. 431-440).
- Davidson, et al. (2008). Exploring the interactional dimension of social communication: A collective case study of older people with aphasia. *Aphasiology* (Vol. 22(3), pp. 235-257).



- Davidson, B., et al. (2003). Identifying the communication activities of older people with Aphasia: Evidence from naturalistic observation. *Aphasiology* (Vol. 17, pp. 243-264).
- DGS. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde (DGS).
- Ferro, J. (1986). *Neurologia do comportamento. Estudo da correlação com a tomografia axial computadorizada*. Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Ferro, J. e Pimentel, J. (2006). *Neurologia - Principios, Diagnóstico e Tratamento*. Lisboa: LIDEL.
- Festas, I., et al. (2006). Actas da XI Conferência Internacional Avaliação: Formas e Contextos. *PAL-PORT - Uma bateria de Avaliação Psicolinguística das Afasias e de outras Perturbações da Linguagem para a População Portuguesa*. (pp. 619-729). Braga: Psiquilibrios.
- Herbert, R., et al. (2012). Accessible information guidelines: making information accessible for people with aphasia, from [www.stoke.org.uk/resource-sheet/accessible-information-guidelines](http://www.stoke.org.uk/resource-sheet/accessible-information-guidelines)
- Howe, T., et al. (2008). Observing people with aphasia: Environmental factors that influence their community participation. *Aphasiology* (pp. 618-643). London: Routledge.
- Howe, T. (2008). The ICF Contextual Factors related to speech-language pathology. *International Journal of Speech-Language Pathology*.
- Joffe, V., et al. (2008). *Language Disorders in Children and Adults - New issues in Research and Practice*. Singapore: Wiley.
- Kagan, A. e Simmons - Mackie, N. (2007). Beginning With the End - Outcome-Driven Assessment and Intervention With Life Participation in Mind. *Topic Language Disorders* (Vol. 27(4), pp. 309-317).
- Katz, R., et al. (2000). A multinational comparison of aphasia management practices. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 35, 303-314.
- Lyon, J. (1998). *Coping With Aphasia - Coping With Aging Series*. San Diego: Singular.
- Marshall, R. (2002). Having the courage to be competent: persons and families living with aphasia. *Journal of Communication Disorders*, 35, 139-152.
- Martins, T. (2006). *AVC - Qualidade de vida e bem - estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: FormasaDGS. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Incapacidade e Saúde*. Lisboa.



- Howe, T. (2008). The ICF Contextual Factors related to speech-language pathology. *International Journal of Speech-Language Pathology*.
- Matos, M. A. (2012). *Níveis de Actividade e Participação das Pessoas com Afasia: Desenvolvimento de Instrumentos de Avaliação Portugueses*. Universidade de Aveiro.
- Matos, M. A., & Jesus, L. M. (2013). Barriers and Facilitators Checklist (BFC). *Advanced Communication and Swallowing Assessment (ACSA)*. Retrieved from [www.acsa.web.ua.pt](http://www.acsa.web.ua.pt)
- OMS. (2001). The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), 18(4), 237.
- Parr, S., et al. (1997). *Talking about aphasia: Living with loss of language after stroke*. Buckingham, UK: Open University Press.
- Pound, C., et al. (2001). *Beyond Aphasia: Therapies for Living with Communication Disability*. UK: Speechmark.
- Rogers, M., et al. (1999). "Aphasia Management Considered In the Context of the World Health Organization Model of Disablements." *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America* (Vol. 10(4), pp. 907-923).
- Simmons-Mackie, N. e Kagan, A. (2007). *Application of the ICF in Aphasia* (Vol. 28(4)): Seminars in Speech and Language
- Threats, T. (2007). Access for persons with neurogenic communication disorders: influences of personal environmental factors of the ICF. *Aphasiology* (Vol. 21, pp. 67-80).
- Threats, T. (2010). Communication Functioning and Disability. *Assessment in Rehabilitation and Health* (E. Mpofu and T. E. Oakland. ed.). New Jersey: Merrill.
- Verna, A., et al. (2009). "Speech-language pathology services for people with aphasia: A survey of current practice in Australia." *International Journal of Speech-Language Pathology*, 11(3), 191-205.



## ANEXOS DO MANUAL

### 1. Folha de Registo do BFC

#### Barriers and Facilitators Checklist

| <b>A- Quando comunica é mais fácil ou mais difícil se essa pessoa:</b> | <b>É mais fácil</b> | <b>É mais difícil</b> | <b>Não Aplicável</b> |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------|----------------------|
| 1. Está a ouvir com atenção o que lhe diz (16).                        |                     |                       |                      |
| 2. Chama a sua atenção para o que vai dizer (15).                      |                     |                       |                      |
| 3. Insiste enquanto não o compreende (4).                              |                     |                       |                      |
| 4. Insiste para se fazer entender (4).                                 |                     |                       |                      |
| 5. Dá-lhe mais tempo para responder (5,7,10,11,13,16,18).              |                     |                       |                      |
| 6. Avisa quando muda de tema de conversa (11,13).                      |                     |                       |                      |
| 7. Fala depressa (5,7,11,15,16).                                       |                     |                       |                      |
| 8. Fala devagar (5,7,11,15,16).                                        |                     |                       |                      |
| 9. Sabe qual é o seu problema de fala (6,7,12,16,18).                  |                     |                       |                      |
| 10. O interrompe quando fala (2,5,16, 18).                             |                     |                       |                      |
| 11. Tenta adivinhar o que lhe quer dizer (5,10, 18).                   |                     |                       |                      |
| 12. Diz uma ideia de cada vez (5,15).                                  |                     |                       |                      |
| 13. Utiliza frases simples (3, 7, 11, 15).                             |                     |                       |                      |
| 14. Repete o que disse para o ajudar a compreender (5,15).             |                     |                       |                      |
| 15. Salienta as palavras mais importantes da frase (7,11,12,13,15).    |                     |                       |                      |
| 16. Termina as frases por si (2,5,12,18).                              |                     |                       |                      |
| 17. Pergunta uma coisa de cada vez (5,10).                             |                     |                       |                      |



|                                                                                                                |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 18. Faz perguntas de resposta sim/não (5,10).                                                                  |  |  |  |
| 19. Escreve palavras para que possa apontar a sua resposta (5,7,10).                                           |  |  |  |
| 20. Usa imagens, fotos, desenhos...para o ajudar a perceber a conversa (11,13,15,18).                          |  |  |  |
| 21. Resume a conversa para ver se o compreendeu bem (7,15).                                                    |  |  |  |
| 22. Fala e usa gestos ao mesmo tempo (2,5,7,11,13,15).                                                         |  |  |  |
| 23. Enquanto fala, escreve as palavras mais importantes (5,7,11,15,16).                                        |  |  |  |
| 24. Pede-lhe para usar gestos, apontar ou desenhar (2,13).                                                     |  |  |  |
| 25. Fala mais alto (4).                                                                                        |  |  |  |
| 26. Mostra que está a compreender à medida que conversam. (p. ex.: expressões como "hum-hum", "pois") (10,15). |  |  |  |
| 27. Repete em voz alta o que vai compreendendo (10).                                                           |  |  |  |
| 28. Explica melhor as palavras, significados e gestos que não entende (10).                                    |  |  |  |
| 29. Acrescenta informação para facilitar a sua compreensão (11, 15).                                           |  |  |  |
| 30. Mostra falta de paciência (7,18).                                                                          |  |  |  |
| 31. Respeita o silêncio (15).                                                                                  |  |  |  |
| 32. Fala de temas interessantes (2,4).                                                                         |  |  |  |
| 33. Usa pistas do meio ambiente (p. ex.: apontar para a fruta...) (15).                                        |  |  |  |
| 34. Evita comentários do género "Agora disseste bem!" (15).                                                    |  |  |  |
| 35. Conversa de igual para igual (p. ex.: não infantiliza a pessoa com afasia) (7,15,18).                      |  |  |  |
| 36. Evita falar consigo (3,7,13,18).                                                                           |  |  |  |
| Outras:                                                                                                        |  |  |  |

| <b>B- É mais fácil ou mais difícil se:</b>          | <b>É mais fácil</b> | <b>É mais difícil</b> | <b>Não Aplicável</b> |
|-----------------------------------------------------|---------------------|-----------------------|----------------------|
| 37. Há uma barreira de vidro (p. ex.: janela) (16). |                     |                       |                      |





|                                                                                            |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 38. Está num ambiente agitado (p. ex.: passagem de pessoas, carros) (6,7, 13,16,18).       |  |  |  |
| 39. Consegue alcançar o que quer sem ajuda (8).                                            |  |  |  |
| 40. Falam muitas pessoas ao mesmo tempo (3,7,16).                                          |  |  |  |
| 41. Fala uma pessoa de cada vez (16).                                                      |  |  |  |
| 42. Está com amigos (5,16).                                                                |  |  |  |
| 43. Está com desconhecidos (7,17).                                                         |  |  |  |
| 44. Está ao telefone (16).                                                                 |  |  |  |
| 45. Está cansado (16).                                                                     |  |  |  |
| 46. Dormiu mal (16).                                                                       |  |  |  |
| 47. Está preocupado (4).                                                                   |  |  |  |
| 48. Está numa fila de pessoas (p. ex.: sentir a pressão dos outros estarem à espera) (16). |  |  |  |
| 49. Há muita informação escrita ao mesmo tempo (1,18).                                     |  |  |  |
| 50. Tem que usar tecnologias (p. ex.: computador ou telemóvel) (7,18).                     |  |  |  |
| 51. Há informação dada com imagens, frases curtas (1,7,12,18).                             |  |  |  |
| 52. Está sozinho (18).                                                                     |  |  |  |
| 53. Está acompanhado (18).                                                                 |  |  |  |
| 54. Tem que falar em público (4).                                                          |  |  |  |
| 55. Está relaxado (4).                                                                     |  |  |  |
| 56. Fala com um estranho (16, 18).                                                         |  |  |  |
| 57. A informação está escrita em letras maiores (1,7,8,12).                                |  |  |  |
| 58. A informação escrita é espaçada (1,7,8,12).                                            |  |  |  |
| 59. Está num espaço que não conhece (4).                                                   |  |  |  |
| 60. Está num espaço que conhece (4).                                                       |  |  |  |



|                                                                             |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 61. Está a falar com alguém que está longe (por exemplo: noutro país) (16). |  |  |  |
| 62. Está a falar com alguém que está afastado (16).                         |  |  |  |
| 63. Fala de assuntos que entende (4).                                       |  |  |  |
| Outras:                                                                     |  |  |  |

| <b>C. Poderá interferir:</b>                                                                                      |                         | <b>É mais fácil</b> | <b>É mais difícil</b> | <b>Não Aplicável</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|---------------------|-----------------------|----------------------|
| 64. Se ouve mal (3,12).                                                                                           |                         |                     |                       |                      |
| 65. Se estiver:                                                                                                   | Triste (4, 6).          |                     |                       |                      |
|                                                                                                                   | Contente (4, 6).        |                     |                       |                      |
|                                                                                                                   | Emocionado (4, 6).      |                     |                       |                      |
| 66. Problemas económico (p. ex.: deixou de realizar algumas atividades por falta de meios económicos) (12,13,18). |                         |                     |                       |                      |
| 67. O local onde vive (p. ex.: meio rural e cidade) (3,4,12).                                                     |                         |                     |                       |                      |
| 68. Superproteção (p. ex.: os familiares não deixarem realizar certas atividades) (4,6).                          |                         |                     |                       |                      |
| 69. Se tiver apoio dos:                                                                                           | Familiares (3,6,9,12).  |                     |                       |                      |
|                                                                                                                   | Amigos (3,6,9,12).      |                     |                       |                      |
|                                                                                                                   | Vizinhos (3,6,9,12).    |                     |                       |                      |
| 70. Se tem apoios terapêuticos (por exemplo: Terapia da Fala, Terapia Ocupacional) (3,6,7, 9,12, 13).             |                         |                     |                       |                      |
| 71. Distância ao:                                                                                                 | Hospital (4,12).        |                     |                       |                      |
|                                                                                                                   | Centro de Saúde (4,12). |                     |                       |                      |
|                                                                                                                   | Clínica (4,12).         |                     |                       |                      |
| 72. Se estiver:                                                                                                   | Empregado (4,12,13).    |                     |                       |                      |
|                                                                                                                   | Desempregado (4,12,13). |                     |                       |                      |
|                                                                                                                   | Reformado (4,12,13).    |                     |                       |                      |
| 73. Se existem Barreiras Físicas (por exemplo: escadas) (7,12,13).                                                |                         |                     |                       |                      |



|                                                                                           |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 74. Se existem atitudes incorretas (por exemplo: atitudes de pena, gozo) (3, 6,7, 9, 12). |  |  |  |
| 75. Se existe apoio do Estado (7,12).                                                     |  |  |  |
| 76. Se tiver problemas de Saúde (4,12).                                                   |  |  |  |
| 77. Se o seu familiar tiver problemas de Saúde (4,12).                                    |  |  |  |
| 78. Se tem facilidade no acesso a Transportes (tanto públicos como próprios) (4,12).      |  |  |  |

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Grelha preenchida por: \_\_\_\_\_

### **Bibliografia**

1. Aleligay, A., Worrall, L. E., Rose, T. A. (2008). Readability of written health information provided to people with aphasia. *Aphasiology*, 22(4), 383-407.
2. Beukelman, D. R., Mirenda, P. (1998). *Aumentative and Alternative Communication- Management of Severe Communication Disorders in Children and Adults* ( 2<sup>nd</sup> Ed). Paul H, Brookes Publishing Co., Inc. Baltimore.
3. Cruice, M., Worrall, L., Hickson, L. (2006). Quantifying aphasic people's social live in the context of non-aphasic peers. *Aphasiology*, 20 (12), 1210-1225.
4. Experiência Profissional HUC
5. Garret, K. L. & Beukelman, D. R. ( 1997, revised 2006), *Aphasia Needs Assessement.*, em <http://aac.unl.edu/screen/aphasianeed.pdf>
6. GE- Grupo Experts
7. Howe, T. J., Worrall, L. E., Hickson, L. M. H. (2004). What is an aphasia-friendly environment?. *Aphasiology*, 18 (11), 1015-1037.
8. Howe, T. J., Worrall, L. E., Hickson, L. M. H. (2008). Observing people with aphasia: Environmental factors that influence their community participation. *Aphasiology*, 22(6), 618-643.



9. International Classification of Functions, Disability, and Health (2001) em <http://www3.who.int/icf/icftemplate.cfm>
10. Luck, A. M., Rose, M. L. (2007). Interviewing people with aphasia: Insights into method adjustments from a pilot study. *Aphasiology*, 21 (2)- 208/224.
11. Marshall, R. C., English, L. (2004). Functional Strategies to Enhance Auditory Comprehension of Persons with Aphasia for Neurologic Physical Therapist. *Journal of Neurologic Physical Therapy aphasia*.
12. Parr, S. (2004). *Living With Severe Aphasia- the experience of communication impairment after stroke*. Pavilion Publishing. Brighton.
13. Pound, C., Parr, S., Lindsay, J., Woolf, C. (2001). *Beyond Aphasia – Therapies for Living with Communication Disability*. Speechmark Publishing Ltd. Oxon.
14. Simmons-Mackie, N., Kagan, A. (1999). Communication Strategies used by “good” versus “poor” speaking partner of individuals with aphasia. *Aphasiology*, Vol 13, nos. 9-11, 807-820.
15. Simmons-Mackie, N.,(2008). *Social Approaches to Aphasia Intervention.*, em Chapey, R. (2008). *Language Intervention Strategies in Aphasia and related Neurogenic Disorders*. 5<sup>th</sup> Edition. Lippincott Williams & Wilkins. Baltimore.
16. Swinburg, K., Byng, S. (2006). *The Communication Disability Profile*. Connect Press (The Communication Disability Network). London. UK.
17. Worrall, L. E. et al. (2002). The validity of functional assessments of communication and the Activity/Participation components of the ICIDH-2: do they reflect what really happens in real-life?. *Journal of Communication Disorders*, 35,107-137.
18. Worrall, L. E. et al. (2006). Environmental factors that influence the community participation of adults with aphasia: the perspective of service industry workers. *Aphasiology*. 20 (7), 595-615.



## 2. Cartões sugeridos para a aplicação do BFC

**Está a ouvir** com **atenção** o que lhe diz.

**Chama** a **sua atenção** para o que vai dizer.

**Insiste** enquanto **não o compreende**.

**Insiste** para se **fazer entender**.

Dá-lhe **mais tempo** para **responder**.



**Avisa** quando **muda** de **tema** de conversa.

Fala **depressa**.

Fala **devagar**.

**Sabe** qual é o **seu problema** de **fala**.

**Interrompe-o** quando fala.



Tenta **adivinhar** o que lhe **quer dizer**.

Diz **uma ideia** de **cada vez**.

Utiliza **frases simples**.

**Repete** o que disse para **o ajudar a compreender**.

**Salienta** as **palavras** mais **importantes** da frase.



**Termina as frases** por si.

**Pergunta uma** coisa de **cada vez**.

Faz **perguntas** de resposta **Sim** ou **Não**.

**Escreve palavras** para que possa apontar a sua resposta.

Usa **imagens, fotos, desenhos**...para o **ajudar a perceber** a conversa.





**Resume a conversa** para ver se **o**  
**compreendeu bem.**

**Fala e usa gestos** ao mesmo tempo.

Enquanto **fala, escreve** as **palavras** mais  
**importantes.**

Pede-lhe para **usar gestos, apontar** ou  
**desenhar...**

Fala **mais alto.**



**Mostra** que está a **compreender** à medida que **conversam**.

**Repete** em **voz alta** o que vai compreendendo.

**Explica** melhor as **palavras, significados** e **gestos** quando **não** entende.

Acrescenta **informação** para **facilitar** a **sua compreensão**.

Mostra **falta de paciência**.



**Respeita o silêncio.**

Fala de **temas interessantes.**

Usa **pistas** do **meio ambiente.**

Evita **comentários** do género “**Agora disseste bem!**”.

Conversa de **igual para igual.**



Evita **falar** consigo.

Há uma **barreira de vidro**.

Está num **ambiente agitado**.

**Consegue** alcançar o **que quer sem ajuda**.

Falam **muitas pessoas** ao **mesmo tempo**.



Fala **uma pessoa de cada vez.**

Está com **amigos.**

Está com **desconhecidos.**

Está ao **telefone.**

Está **cansado.**



**Dormiu** mal.

Está **preocupado**.

Está numa **fila de pessoas**.

Há **muita informação** escrita ao **mesmo**  
tempo.

Tem que **usar tecnologias** – computador,  
telemóvel.



Há **informação** dada com **imagens, frases curtas.**

Está **sozinho.**

Está **acompanhado.**

Tem que **falar** em **público.**

Está **relaxado.**



**Fala** com **um estranho**.

A **informação** está **escrita** em **letras maiores**.

A **informação escrita** é **espaçada**.

Está num **espaço** que **não conhece**.

Está num **espaço** que **conhece**.





Está a **falar** com **alguém** que está **longe**.

Está a **falar** com **alguém** que está **afastado**.

**Fala** de **assuntos** que **entende**.

Se **ouve mal**.

Se estiver **triste**.



Se estiver **contente**.

Se estiver **emocionado**.

Problemas **económicos**.

O **local** onde **vive**.

**Superproteção**.



Se tiver **apoio** dos **familiares**.

Se tiver **apoio** dos **amigos**.

Se tiver **apoio** dos **vizinhos**.

Se tem **apoios terapêuticos**.

Distância ao **hospital**.



Distância ao **Centro de Saúde.**

Distância à **Clínica.**

Se estiver **empregado.**

Se estiver **desempregado.**

Se estiver **reformado.**



Se existem **barreiras físicas.**

Se existem **atitudes incorretas.**

Se existe **apoio** do **Estado.**

Se tiver **problemas de saúde.**

Se o **seu familiar** tiver **problemas de  
saúde.**



Se tem **facilidade** no acesso a **transportes**.



**Anexo 18 – E-mail enviado ao painel de peritos para pedido de colaboração.**

Caro (a) colega,

Este e-mail surge no seguimento do meu pedido de colaboração para a validação de um instrumento de avaliação das barreiras e facilitadores à participação social e comunicativa das pessoas com afasia, o Barriers and Facilitators Checklist (BFC).

Segue em anexo três documentos que lhe permitirão realizar a sua avaliação relativa ao Manual de Aplicação do BFC.

Instruções:

1º - Proceder ao preenchimento do documento "Identificação dos Colaboradores"

2º - Realizar a leitura integral do "Manual de Aplicação do BFC"

3º - Proceder ao preenchimento da "Grelha de Avaliação"

Agradeço o envio por e-mail da sua apreciação até dia 7 de Maio de 2014.

Informo ainda que para qualquer informação adicional que pretenda obter pode realizá-lo através dos contatos: [silviagodinho@ua.pt](mailto:silviagodinho@ua.pt) ou 912006672 (aluna), [maria.matos@ua.pt](mailto:maria.matos@ua.pt) (orientadora) e [lmjtj@ua.pt](mailto:lmjtj@ua.pt) (co-orientador).

Grata pela disponibilidade e atenção, com os melhores cumprimentos.

Aveiro, 23 de Abril de 2014

Sílvia Godinho



**Anexo 19 – Caracterização do painel de peritos (N=8).**

| Caraterísticas                               |           |
|----------------------------------------------|-----------|
| <b>Sexo</b>                                  |           |
| Masculino                                    | 1 (12,5%) |
| Feminino                                     | 7 (87,5%) |
| <b>Grau de escolaridade</b>                  |           |
| Licenciatura                                 | 4 (50%)   |
| Mestrado                                     | 4 (50%)   |
| <b>Escola de Formação</b>                    |           |
| ESTSP                                        | 4         |
| ESSUA                                        | 2         |
| ESSA                                         | 4         |
| <b>Local de trabalho</b>                     |           |
| Hospital Público                             | 4         |
| Hospital Privado                             | 1         |
| Centro de Reabilitação                       | 2         |
| Unidade de Cuidados Continuados              | 2         |
| <b>Idade</b>                                 |           |
| N                                            | 8         |
| Média                                        | 36,13     |
| D.P.                                         | 7,434     |
| Mínimo-Máximo                                | 29-49     |
| <b>Anos de experiência na área da afasia</b> |           |
| N                                            | 8         |
| Média                                        | 12,25     |
| D.P.                                         | 6,861     |
| Mínimo-Máximo                                | 6-22      |

Nota: cada profissional pode ter várias escolas de formação, bem como vários locais de trabalho.





**Anexo 20 - Ficha de caracterização pessoal do painel de peritos.**

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Idade:** \_\_\_\_\_

**Naturalidade:** \_\_\_\_\_

**Grau académico:** \_\_\_\_\_

**Escola de formação:** \_\_\_\_\_

**Ano de formação:** \_\_\_\_\_

**Anos de experiência na área de intervenção com pessoas com Afasia:** \_\_\_\_\_

**Local de trabalho:** \_\_\_\_\_

**Distrito:** \_\_\_\_\_ **Concelho:** \_\_\_\_\_



## Anexo 21 – Grelha de avaliação do Manual de Aplicação do BFC

**Instrução:** Através de uma Escala de Likert (1-5), assinale com um **X** a resposta que considerar mais conveniente nos parâmetros de Relevância, Clareza, Simplicidade e Ambiguidade.

**Relevância:** 1- não relevante; 2- item necessita de grande revisão; 3- neutro; 4- item relevante mas necessita de pequena revisão; 5- muito relevante

**Clareza:** 1- não claro; 2- item necessária de grande revisão; 3- neutro; 4- item claro mas necessita de pequena revisão; 5- muito claro

**Simplicidade:** 1- não é simples; 2- item necessita de grande revisão; 3- neutro; 4- item simples mas necessita de pequena revisão; 5- muito simples

**Ambiguidade:** 1- ambíguo; 2- item necessita de grande revisão; 3- neutro; 4- item não ambíguo mas necessita de pequena revisão; 5- não é ambíguo

|                                | Relevância |   |   |   |   | Clareza |   |   |   |   | Simplicidade |   |   |   |   | Ambiguidade |   |   |   |   |
|--------------------------------|------------|---|---|---|---|---------|---|---|---|---|--------------|---|---|---|---|-------------|---|---|---|---|
|                                | 1          | 2 | 3 | 4 | 5 | 1       | 2 | 3 | 4 | 5 | 1            | 2 | 3 | 4 | 5 | 1           | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Introdução aos conceitos    |            |   |   |   |   |         |   |   |   |   |              |   |   |   |   |             |   |   |   |   |
| 2. Objetivos do BFC            |            |   |   |   |   |         |   |   |   |   |              |   |   |   |   |             |   |   |   |   |
| 3. População a que se destina  |            |   |   |   |   |         |   |   |   |   |              |   |   |   |   |             |   |   |   |   |
| 4. Constituição do instrumento |            |   |   |   |   |         |   |   |   |   |              |   |   |   |   |             |   |   |   |   |
| 5. Materiais necessários       |            |   |   |   |   |         |   |   |   |   |              |   |   |   |   |             |   |   |   |   |
| 6. Normas de Aplicação         |            |   |   |   |   |         |   |   |   |   |              |   |   |   |   |             |   |   |   |   |



|                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 7. Folha de registo do BFC                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. Cartões sugeridos para facilitar a aplicação do BFC |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Assinale com um **X** a resposta que considerar mais conveniente.

|                                                                                                                | Sim | Não |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| 1. Considera que o Manual aborda as questões fundamentais para uma boa aplicação do BFC?                       |     |     |
| 2. Considera necessária a realização de alguma(s) alteração(ões)?<br>Se sim, qual (ais)?<br><br>_____<br>_____ |     |     |



**Anexo 22 – Resultados dos enunciados avaliados do Manual de Aplicação do BFC nas dimensões Relevância, Clareza, Simplicidade e Ambiguidade.**

|                                             |              | Relevância     |   |   |   |    | Clareza |                |   |   |    |    | Simplicidade |                |   |   |    |    | Ambiguidade |                |   |   |    |    |       |
|---------------------------------------------|--------------|----------------|---|---|---|----|---------|----------------|---|---|----|----|--------------|----------------|---|---|----|----|-------------|----------------|---|---|----|----|-------|
|                                             |              | Resposta do PP |   |   |   |    | IVC     | Resposta do PP |   |   |    |    | IVC          | Resposta do PP |   |   |    |    | IVC         | Resposta do PP |   |   |    |    | IVC   |
|                                             |              | 1              | 2 | 3 | 4 | 5  |         | 1              | 2 | 3 | 4  | 5  |              | 1              | 2 | 3 | 4  | 5  |             | 1              | 2 | 3 | 4  | 5  |       |
| Introdução aos conceitos                    |              | 0              | 0 | 0 | 2 | 6  | 1.00    | 0              | 1 | 0 | 2  | 5  | 0.875        | 0              | 0 | 1 | 0  | 7  | 0.875       | 0              | 0 | 0 | 2  | 6  | 1.00  |
| Objetivos do BFC                            |              | 0              | 0 | 0 | 1 | 7  | 1.00    | 0              | 0 | 0 | 1  | 7  | 1.00         | 0              | 0 | 0 | 0  | 8  | 1.00        | 0              | 0 | 0 | 0  | 8  | 1.00  |
| População alvo                              |              | 0              | 0 | 0 | 2 | 6  | 1.00    | 0              | 0 | 0 | 2  | 6  | 1.00         | 0              | 0 | 0 | 2  | 6  | 1.00        | 0              | 0 | 0 | 3  | 5  | 1.00  |
| Constituição do BFC                         |              | 0              | 0 | 0 | 2 | 6  | 1.00    | 0              | 0 | 0 | 4  | 4  | 1.00         | 0              | 0 | 1 | 4  | 3  | 0.875       | 0              | 0 | 1 | 4  | 3  | 0.875 |
| Materiais necessários                       |              | 0              | 0 | 0 | 0 | 8  | 1.00    | 0              | 0 | 0 | 1  | 7  | 1.00         | 0              | 0 | 0 | 1  | 7  | 1.00        | 0              | 0 | 0 | 1  | 7  | 1.00  |
| Normas de Aplicação                         |              | 0              | 0 | 0 | 0 | 8  | 1.00    | 0              | 0 | 0 | 1  | 7  | 1.00         | 0              | 0 | 1 | 1  | 6  | 0.875       | 0              | 0 | 0 | 1  | 7  | 1.00  |
| Folha de registo do BFC                     |              | 0              | 0 | 0 | 0 | 8  | 1.00    | 0              | 0 | 1 | 0  | 7  | 0.875        | 0              | 0 | 1 | 1  | 6  | 0.875       | 0              | 0 | 2 | 0  | 6  | 0.75  |
| Cartões facilitadores para aplicação do BFC |              | 0              | 0 | 1 | 1 | 6  | 0.875   | 0              | 0 | 1 | 2  | 5  | 0.875        | 0              | 0 | 0 | 3  | 5  | 1.00        | 0              | 0 | 1 | 1  | 6  | 0.875 |
| TOTAL                                       |              | 0              | 0 | 1 | 8 | 55 | 0.98    | 0              | 1 | 2 | 13 | 48 | 0.76         | 0              | 0 | 4 | 12 | 48 | 0.75        | 0              | 0 | 4 | 12 | 48 | 0.75  |
| Concordância                                | Percentagem  | 94%            |   |   |   |    | 90%     |                |   |   |    |    | 87%          |                |   |   |    |    | 88%         |                |   |   |    |    |       |
|                                             | Kappa Fleiss | 0.91           |   |   |   |    | 0.86    |                |   |   |    |    | 0.81         |                |   |   |    |    | 0.83        |                |   |   |    |    |       |

**Anexo 23 - Resultados relativos à fiabilidade intra-avaliador. O1 – opção 1 (é mais fácil); O2 – opção 2 (é igual) e O3 – opção 3 (é mais difícil).**

|         |    | Distribuição das concordâncias |    |    | Intra-avaliador (avaliador 1) |              | Distribuição das concordâncias |    |    | Intra-avaliador (avaliador 2) |              |
|---------|----|--------------------------------|----|----|-------------------------------|--------------|--------------------------------|----|----|-------------------------------|--------------|
|         |    | O1                             | O2 | O3 | % conc                        | Kappa Fleiss | O1                             | O2 | O3 | % conc                        | Kappa Fleiss |
| GRUPO A |    |                                |    |    |                               |              |                                |    |    |                               |              |
| Item    | 1  | 12                             | 0  | 1  | 93%                           | 0.893        | 12                             | 0  | 1  | 93%                           | 0.893        |
|         | 2  | 13                             | 0  | 1  | 100%                          | 1.000        | 13                             | 0  | 1  | 100%                          | 1.000        |
|         | 3  | 3                              | 0  | 5  | 57%                           | 0.357        | 3                              | 0  | 6  | 64%                           | 0.464        |
|         | 4  | 8                              | 2  | 2  | 86%                           | 0.786        | 8                              | 2  | 2  | 86%                           | 0.786        |
|         | 5  | 9                              | 0  | 0  | 64%                           | 0.464        | 9                              | 1  | 0  | 79%                           | 0.679        |
|         | 6  | 9                              | 0  | 1  | 79%                           | 0.679        | 9                              | 0  | 1  | 79%                           | 0.679        |
|         | 7  | 0                              | 0  | 8  | 57%                           | 0.357        | 0                              | 0  | 8  | 57%                           | 0.357        |
|         | 8  | 13                             | 0  | 0  | 93%                           | 0.893        | 13                             | 0  | 0  | 93%                           | 0.893        |
|         | 9  | 5                              | 0  | 4  | 64%                           | 0.464        | 5                              | 0  | 3  | 50%                           | 0.250        |
|         | 10 | 1                              | 0  | 11 | 86%                           | 0.786        | 1                              | 0  | 11 | 86%                           | 0.786        |
|         | 11 | 7                              | 0  | 3  | 64%                           | 0.464        | 7                              | 0  | 3  | 71%                           | 0.571        |
|         | 12 | 8                              | 0  | 1  | 64%                           | 0.464        | 8                              | 0  | 1  | 64%                           | 0.464        |
|         | 13 | 13                             | 0  | 0  | 93%                           | 0.893        | 13                             | 0  | 0  | 93%                           | 0.893        |
|         | 14 | 12                             | 0  | 1  | 93%                           | 0.893        | 12                             | 0  | 1  | 93%                           | 0.893        |
|         | 15 | 8                              | 0  | 2  | 71%                           | 0.571        | 8                              | 0  | 2  | 69%                           | 0.538        |
|         | 16 | 8                              | 0  | 2  | 71%                           | 0.571        | 8                              | 0  | 3  | 79%                           | 0.679        |
|         | 17 | 9                              | 1  | 1  | 71%                           | 0.571        | 9                              | 1  | 1  | 79%                           | 0.679        |
|         | 18 | 11                             | 0  | 0  | 79%                           | 0.679        | 11                             | 0  | 0  | 79%                           | 0.679        |
|         | 19 | 12                             | 0  | 1  | 93%                           | 0.893        | 12                             | 0  | 1  | 93%                           | 0.893        |
|         | 20 | 12                             | 0  | 0  | 86%                           | 0.786        | 12                             | 0  | 0  | 86%                           | 0.786        |
|         | 21 | 10                             | 0  | 1  | 86%                           | 0.786        | 10                             | 0  | 1  | 85%                           | 0.769        |
|         | 22 | 11                             | 0  | 0  | 79%                           | 0.679        | 11                             | 0  | 0  | 79%                           | 0.679        |
|         | 23 | 10                             | 0  | 0  | 77%                           | 0.653        | 10                             | 0  | 0  | 77%                           | 0.654        |
|         | 24 | 9                              | 1  | 2  | 86%                           | 0.786        | 9                              | 1  | 2  | 86%                           | 0.786        |
|         | 25 | 3                              | 0  | 5  | 50%                           | 0.250        | 3                              | 0  | 5  | 57%                           | 0.357        |
|         | 26 | 12                             | 0  | 2  | 100%                          | 1.000        | 12                             | 0  | 2  | 100%                          | 1.000        |
|         | 27 | 8                              | 0  | 3  | 79%                           | 0.679        | 8                              | 0  | 3  | 79%                           | 0.679        |
|         | 28 | 7                              | 0  | 5  | 92%                           | 0.885        | 7                              | 0  | 5  | 92%                           | 0.885        |
|         | 29 | 10                             | 0  | 0  | 77%                           | 0.653        | 10                             | 0  | 0  | 85%                           | 0.769        |
|         | 30 | 3                              | 0  | 9  | 86%                           | 0.786        | 4                              | 0  | 9  | 93%                           | 0.893        |
|         | 31 | 9                              | 0  | 0  | 64%                           | 0.464        | 9                              | 1  | 0  | 71%                           | 0.571        |
|         | 32 | 11                             | 0  | 0  | 85%                           | 0.769        | 11                             | 0  | 0  | 85%                           | 0.769        |



|                |                        |    |   |    |      |       |    |   |    |      |       |
|----------------|------------------------|----|---|----|------|-------|----|---|----|------|-------|
|                | <b>33</b>              | 12 | 0 | 1  | 93%  | 0.893 | 12 | 0 | 1  | 93%  | 0.893 |
|                | <b>34</b>              | 6  | 0 | 2  | 69%  | 0.538 | 6  | 0 | 2  | 69%  | 0.538 |
|                | <b>35</b>              | 8  | 0 | 3  | 77%  | 0.653 | 8  | 0 | 3  | 77%  | 0.653 |
|                | <b>36</b>              | 3  | 1 | 7  | 86%  | 0.786 | 4  | 1 | 7  | 86%  | 0.786 |
| <b>GRUPO B</b> |                        |    |   |    |      |       |    |   |    |      |       |
| <b>Item</b>    | <b>37</b>              | 2  | 0 | 6  | 57%  | 0.357 | 1  | 0 | 6  | 57%  | 0.357 |
|                | <b>38</b>              | 1  | 0 | 10 | 86%  | 0.786 | 1  | 0 | 10 | 79%  | 0.679 |
|                | <b>39</b>              | 8  | 1 | 2  | 79%  | 0.679 | 8  | 1 | 2  | 79%  | 0.679 |
|                | <b>40</b>              | 0  | 0 | 11 | 78%  | 0.679 | 1  | 0 | 10 | 92%  | 0.885 |
|                | <b>41</b>              | 10 | 0 | 0  | 71%  | 0.571 | 10 | 0 | 1  | 79%  | 0.679 |
|                | <b>42</b>              | 11 | 0 | 1  | 86%  | 0.786 | 11 | 0 | 0  | 79%  | 0.679 |
|                | <b>43</b>              | 1  | 2 | 9  | 86%  | 0.786 | 1  | 2 | 9  | 86%  | 0.786 |
|                | <b>44</b>              | 3  | 0 | 7  | 71%  | 0.571 | 2  | 0 | 7  | 71%  | 0.571 |
|                | <b>45</b>              | 3  | 0 | 8  | 86%  | 0.786 | 3  | 0 | 7  | 71%  | 0.571 |
|                | <b>46</b>              | 3  | 0 | 7  | 77%  | 0.654 | 3  | 0 | 6  | 82%  | 0.727 |
|                | <b>47</b>              | 1  | 2 | 7  | 83%  | 0.750 | 1  | 3 | 7  | 92%  | 0.875 |
|                | <b>48</b>              | 1  | 0 | 10 | 85%  | 0.769 | 1  | 0 | 10 | 85%  | 0.769 |
|                | <b>49</b>              | 0  | 0 | 10 | 71%  | 0.571 | 1  | 0 | 9  | 71%  | 0.571 |
|                | <b>50</b>              | 3  | 0 | 6  | 64%  | 0.464 | 3  | 0 | 6  | 64%  | 0.464 |
|                | <b>51</b>              | 11 | 0 | 1  | 93%  | 0.885 | 11 | 0 | 1  | 92%  | 0.885 |
|                | <b>52</b>              | 8  | 0 | 2  | 77%  | 0.654 | 8  | 0 | 1  | 69%  | 0.538 |
|                | <b>53</b>              | 11 | 0 | 1  | 99%  | 0.999 | 11 | 0 | 1  | 100% | 1.000 |
|                | <b>54</b>              | 3  | 0 | 7  | 71%  | 0.571 | 3  | 0 | 7  | 71%  | 0.571 |
|                | <b>55</b>              | 12 | 0 | 0  | 86%  | 0.786 | 12 | 0 | 0  | 86%  | 0.786 |
|                | <b>56</b>              | 3  | 1 | 6  | 71%  | 0.571 | 3  | 1 | 6  | 71%  | 0.571 |
|                | <b>57</b>              | 7  | 0 | 1  | 53%  | 0.307 | 7  | 0 | 1  | 54%  | 0.307 |
|                | <b>58</b>              | 7  | 0 | 1  | 62%  | 0.424 | 7  | 0 | 1  | 62%  | 0.423 |
|                | <b>59</b>              | 2  | 1 | 7  | 71%  | 0.571 | 2  | 0 | 7  | 64%  | 0.464 |
|                | <b>60</b>              | 14 | 0 | 0  | 100% | 1.000 | 13 | 0 | 0  | 93%  | 0.893 |
|                | <b>61</b>              | 7  | 1 | 1  | 64%  | 0.464 | 6  | 1 | 1  | 57%  | 0.357 |
|                | <b>62</b>              | 3  | 1 | 5  | 64%  | 0.464 | 2  | 1 | 5  | 57%  | 0.357 |
|                | <b>63</b>              | 13 | 0 | 1  | 93%  | 0.893 | 13 | 0 | 0  | 93%  | 0.893 |
| <b>GRUPO C</b> |                        |    |   |    |      |       |    |   |    |      |       |
| <b>Item</b>    | <b>64</b>              | 6  | 0 | 5  | 79%  | 0.679 | 6  | 0 | 5  | 79%  | 0.679 |
|                | <b>65 - triste</b>     | 3  | 1 | 7  | 85%  | 0.769 | 3  | 1 | 7  | 85%  | 0.769 |
|                | <b>65 - contente</b>   | 13 | 0 | 0  | 93%  | 0.893 | 1  | 1 | 7  | 77%  | 0.653 |
|                | <b>65 - emocionado</b> | 1  | 1 | 8  | 71%  | 0.571 | 1  | 2 | 8  | 86%  | 0.786 |
|                | <b>66</b>              | 3  | 0 | 4  | 66%  | 0.500 | 2  | 0 | 5  | 86%  | 0.682 |
|                | <b>67</b>              | 11 | 0 | 0  | 79%  | 0.679 | 11 | 0 | 1  | 100% | 1.000 |



|                          |    |   |   |      |       |    |   |   |      |       |
|--------------------------|----|---|---|------|-------|----|---|---|------|-------|
| <b>68</b>                | 3  | 0 | 5 | 57%  | 0.357 | 4  | 0 | 6 | 71%  | 0.571 |
| <b>69 - familiares</b>   | 12 | 0 | 0 | 86%  | 0.786 | 10 | 0 | 0 | 77%  | 0.653 |
| <b>69 - amigos</b>       | 12 | 0 | 0 | 86%  | 0.786 | 12 | 0 | 0 | 86%  | 0.786 |
| <b>69 - vizinhos</b>     | 9  | 0 | 2 | 92%  | 0.885 | 9  | 0 | 1 | 93%  | 0.893 |
| <b>70</b>                | 11 | 0 | 1 | 100% | 1.000 | 11 | 0 | 1 | 100% | 1.000 |
| <b>71 - hospital</b>     | 7  | 1 | 2 | 83%  | 0.75  | 6  | 1 | 2 | 75%  | 0.625 |
| <b>71 - centro saúde</b> | 8  | 0 | 1 | 75%  | 0.625 | 7  | 0 | 2 | 75%  | 0.625 |
| <b>71 - clínica</b>      | 9  | 0 | 2 | 92%  | 0.875 | 8  | 0 | 2 | 92%  | 0.875 |
| <b>72 - empregado</b>    | 3  | 0 | 0 | 60%  | 0.400 | 2  | 0 | 0 | 50%  | 0.250 |
| <b>72 - desempregado</b> | 0  | 0 | 0 | 0    | 0     | 0  | 0 | 0 | 0    | 0     |
| <b>72 - reformado</b>    | 3  | 0 | 1 | 50%  | 0.250 | 2  | 0 | 0 | 40%  | 0.100 |
| <b>73</b>                | 5  | 0 | 8 | 99%  | 0.999 | 5  | 0 | 7 | 92%  | 0.885 |
| <b>74</b>                | 1  | 0 | 4 | 50%  | 0.250 | 1  | 0 | 5 | 67%  | 0.500 |
| <b>75</b>                | 6  | 0 | 2 | 54%  | 0.307 | 6  | 1 | 2 | 69%  | 0.538 |
| <b>76</b>                | 3  | 0 | 5 | 62%  | 0.423 | 3  | 0 | 6 | 69%  | 0.538 |
| <b>77</b>                | 4  | 1 | 5 | 69%  | 0.534 | 3  | 1 | 5 | 75%  | 0.625 |
| <b>78</b>                | 7  | 1 | 3 | 85%  | 0.769 | 7  | 1 | 3 | 85%  | 0.769 |



**Anexo 24 – Resultados relativos à fiabilidade inter-avaliador. O1 – opção 1  
(é mais fácil); O2 – opção 2 (é igual) e O3 – opção 3 (é mais difícil).**

|         |    | Resultados de concordância |    |    | Inter-avaliador (teste) |              | Resultados de concordância |    |    | Inter-avaliador (reteste) |              |
|---------|----|----------------------------|----|----|-------------------------|--------------|----------------------------|----|----|---------------------------|--------------|
|         |    | O1                         | O2 | O3 | % conc                  | Kappa Fleiss | O1                         | O2 | O3 | % conc                    | Kappa Fleiss |
| GRUPO A |    |                            |    |    |                         |              |                            |    |    |                           |              |
| item    | 1  | 13                         | 0  | 1  | 100%                    | 1.000        | 12                         | 0  | 2  | 100%                      | 1.000        |
|         | 2  | 13                         | 0  | 1  | 100%                    | 1.000        | 13                         | 0  | 1  | 100%                      | 1.000        |
|         | 3  | 3                          | 2  | 9  | 100%                    | 1.000        | 4                          | 0  | 2  | 100%                      | 1.000        |
|         | 4  | 8                          | 2  | 4  | 100%                    | 1.000        | 9                          | 2  | 1  | 100%                      | 1.000        |
|         | 5  | 12                         | 0  | 0  | 86%                     | 0.786        | 9                          | 1  | 3  | 93%                       | 0.892        |
|         | 6  | 11                         | 1  | 2  | 100%                    | 1.000        | 10                         | 2  | 2  | 100%                      | 1.000        |
|         | 7  | 4                          | 1  | 9  | 100%                    | 1.000        | 1                          | 0  | 13 | 100%                      | 1.000        |
|         | 8  | 14                         | 0  | 0  | 100%                    | 1.000        | 13                         | 0  | 1  | 100%                      | 1.000        |
|         | 9  | 7                          | 0  | 5  | 86%                     | 0.786        | 7                          | 1  | 6  | 93%                       | 0.893        |
|         | 10 | 2                          | 0  | 12 | 100%                    | 1.000        | 2                          | 0  | 12 | 100%                      | 1.000        |
|         | 11 | 10                         | 0  | 4  | 100%                    | 1.000        | 8                          | 0  | 6  | 100%                      | 1.000        |
|         | 12 | 10                         | 0  | 4  | 100%                    | 1.000        | 11                         | 1  | 2  | 100%                      | 1.000        |
|         | 13 | 13                         | 0  | 1  | 100%                    | 1.000        | 14                         | 0  | 0  | 100%                      | 1.000        |
|         | 14 | 13                         | 0  | 1  | 100%                    | 1.000        | 12                         | 0  | 2  | 100%                      | 1.000        |
|         | 15 | 10                         | 0  | 4  | 100%                    | 1.000        | 10                         | 1  | 3  | 100%                      | 1.000        |
|         | 16 | 8                          | 0  | 5  | 93%                     | 0.893        | 8                          | 0  | 3  | 86%                       | 0.786        |
|         | 17 | 8                          | 0  | 1  | 79%                     | 0.679        | 9                          | 1  | 1  | 86%                       | 0.786        |
|         | 18 | 13                         | 0  | 1  | 100%                    | 1.000        | 12                         | 0  | 2  | 100%                      | 1.000        |
|         | 19 | 12                         | 0  | 1  | 93%                     | 0.893        | 12                         | 0  | 1  | 93%                       | 0.893        |
|         | 20 | 13                         | 0  | 1  | 100%                    | 1.000        | 13                         | 0  | 1  | 100%                      | 1.000        |
|         | 21 | 11                         | 0  | 2  | 100%                    | 1.000        | 11                         | 0  | 3  | 100%                      | 1.000        |
|         | 22 | 13                         | 0  | 1  | 100%                    | 1.000        | 12                         | 0  | 2  | 100%                      | 1.000        |
|         | 23 | 13                         | 0  | 1  | 100%                    | 1.000        | 11                         | 0  | 2  | 100%                      | 1.000        |
|         | 24 | 10                         | 1  | 3  | 100%                    | 1.000        | 10                         | 1  | 3  | 100%                      | 1.000        |
|         | 25 | 5                          | 1  | 7  | 100%                    | 1.000        | 4                          | 3  | 6  | 93%                       | 0.893        |
|         | 26 | 3                          | 0  | 1  | 29%                     | -0.071       | 12                         | 0  | 2  | 100%                      | 1.000        |
|         | 27 | 11                         | 0  | 3  | 100%                    | 1.000        | 8                          | 0  | 6  | 100%                      | 1.000        |
|         | 28 | 8                          | 0  | 6  | 100%                    | 1.000        | 8                          | 0  | 5  | 100%                      | 1.000        |
|         | 29 | 11                         | 0  | 2  | 100%                    | 1.000        | 13                         | 0  | 1  | 100%                      | 1.000        |
|         | 30 | 4                          | 0  | 10 | 100%                    | 1.000        | 4                          | 0  | 9  | 99%                       | 0.999        |
|         | 31 | 11                         | 0  | 2  | 93%                     | 0.893        | 11                         | 1  | 2  | 100%                      | 1.000        |
|         | 32 | 13                         | 0  | 0  | 93%                     | 0.983        | 11                         | 0  | 2  | 99%                       | 0.999        |





|                |                        |    |   |    |      |       |    |   |    |      |       |
|----------------|------------------------|----|---|----|------|-------|----|---|----|------|-------|
|                | <b>33</b>              | 13 | 0 | 1  | 100% | 1.000 | 12 | 0 | 2  | 100% | 1.000 |
|                | <b>34</b>              | 9  | 1 | 3  | 99%  | 0.999 | 8  | 1 | 4  | 99%  | 0.999 |
|                | <b>35</b>              | 9  | 0 | 4  | 99%  | 0.999 | 9  | 0 | 5  | 100% | 1.000 |
|                | <b>36</b>              | 5  | 1 | 8  | 100% | 1.000 | 4  | 2 | 7  | 93%  | 0.893 |
| <b>GRUPO B</b> |                        |    |   |    |      |       |    |   |    |      |       |
|                | <b>37</b>              | 3  | 2 | 9  | 100% | 1.000 | 5  | 1 | 7  | 93%  | 0.893 |
|                | <b>38</b>              | 4  | 0 | 10 | 100% | 1.000 | 0  | 0 | 12 | 86%  | 0.786 |
|                | <b>39</b>              | 9  | 2 | 3  | 100% | 1.000 | 10 | 1 | 3  | 100% | 1.000 |
|                | <b>40</b>              | 1  | 0 | 11 | 99%  | 0.999 | 0  | 0 | 13 | 93%  | 0.893 |
|                | <b>41</b>              | 13 | 0 | 1  | 100% | 1.000 | 10 | 1 | 2  | 93%  | 0.893 |
|                | <b>42</b>              | 11 | 0 | 3  | 100% | 1.000 | 12 | 1 | 0  | 93%  | 0.893 |
|                | <b>43</b>              | 2  | 2 | 10 | 100% | 1.000 | 2  | 2 | 10 | 100% | 1.000 |
|                | <b>44</b>              | 4  | 0 | 9  | 93%  | 0.893 | 4  | 2 | 7  | 93%  | 0.893 |
|                | <b>45</b>              | 4  | 0 | 9  | 100% | 1.000 | 4  | 0 | 8  | 93%  | 0.893 |
|                | <b>46</b>              | 5  | 0 | 6  | 99%  | 0.999 | 3  | 0 | 9  | 93%  | 0.893 |
|                | <b>47</b>              | 2  | 2 | 8  | 92%  | 0.875 | 1  | 2 | 8  | 92%  | 0.875 |
|                | <b>48</b>              | 2  | 0 | 11 | 99%  | 0.999 | 1  | 1 | 11 | 99%  | 0.999 |
|                | <b>49</b>              | 3  | 1 | 9  | 100% | 1.000 | 1  | 0 | 12 | 100% | 1.000 |
|                | <b>50</b>              | 6  | 2 | 6  | 93%  | 0.893 | 4  | 1 | 8  | 100% | 1.000 |
|                | <b>51</b>              | 12 | 0 | 2  | 100% | 1.000 | 10 | 0 | 1  | 85%  | 0.769 |
|                | <b>52</b>              | 9  | 2 | 1  | 93%  | 0.893 | 9  | 0 | 3  | 86%  | 0.786 |
|                | <b>53</b>              | 12 | 0 | 1  | 99%  | 0.999 | 11 | 1 | 1  | 93%  | 0.893 |
|                | <b>54</b>              | 5  | 0 | 9  | 100% | 1.000 | 4  | 1 | 9  | 100% | 1.000 |
|                | <b>55</b>              | 12 | 0 | 2  | 100% | 1.000 | 14 | 0 | 0  | 100% | 1.000 |
|                | <b>56</b>              | 5  | 1 | 8  | 100% | 1.000 | 5  | 1 | 8  | 100% | 1.000 |
|                | <b>57</b>              | 10 | 0 | 4  | 100% | 1.000 | 9  | 0 | 4  | 99%  | 0.999 |
|                | <b>58</b>              | 9  | 0 | 5  | 99%  | 0.999 | 10 | 0 | 3  | 99%  | 0.999 |
|                | <b>59</b>              | 4  | 2 | 8  | 100% | 1.000 | 4  | 0 | 9  | 93%  | 0.893 |
|                | <b>60</b>              | 13 | 0 | 0  | 93%  | 0.893 | 14 | 0 | 0  | 100% | 1.000 |
|                | <b>61</b>              | 10 | 2 | 2  | 100% | 1.000 | 7  | 3 | 3  | 100% | 1.000 |
|                | <b>62</b>              | 4  | 2 | 7  | 93%  | 0.893 | 4  | 2 | 6  | 86%  | 0.786 |
|                | <b>63</b>              | 13 | 0 | 1  | 100% | 1.000 | 13 | 0 | 1  | 100% | 1.000 |
| <b>GRUPO C</b> |                        |    |   |    |      |       |    |   |    |      |       |
|                | <b>64</b>              | 7  | 1 | 6  | 100% | 1.000 | 7  | 0 | 7  | 100% | 1.000 |
|                | <b>65 - triste</b>     | 4  | 1 | 8  | 93%  | 0.893 | 3  | 1 | 8  | 93%  | 0.885 |
|                | <b>65 - contente</b>   | 13 | 1 | 0  | 100% | 1.000 | 13 | 0 | 0  | 93%  | 0.893 |
|                | <b>65 - emocionado</b> | 1  | 2 | 8  | 71%  | 0.571 | 1  | 1 | 8  | 71%  | 0.571 |
|                | <b>66</b>              | 3  | 2 | 1  | 85%  | 0.769 | 4  | 0 | 8  | 100% | 1.000 |
|                | <b>67</b>              | 12 | 0 | 2  | 100% | 1.000 | 12 | 1 | 0  | 93%  | 0.893 |



|  |                          |    |   |   |      |       |    |   |   |      |       |
|--|--------------------------|----|---|---|------|-------|----|---|---|------|-------|
|  | <b>68</b>                | 6  | 0 | 7 | 93%  | 0.893 | 5  | 0 | 8 | 93%  | 0.893 |
|  | <b>69 - familiares</b>   | 12 | 1 | 1 | 100% | 1.000 | 13 | 0 | 0 | 93%  | 0.893 |
|  | <b>69 - amigos</b>       | 12 | 0 | 2 | 100% | 1.000 | 11 | 0 | 2 | 100% | 1.000 |
|  | <b>69 - vizinhos</b>     | 10 | 1 | 3 | 100% | 1.000 | 11 | 0 | 2 | 93%  | 0.893 |
|  | <b>70</b>                | 11 | 0 | 1 | 100% | 1.000 | 11 | 0 | 1 | 100% | 1.000 |
|  | <b>71 - hospital</b>     | 6  | 2 | 3 | 100% | 1.000 | 9  | 1 | 2 | 100% | 1.000 |
|  | <b>71 - centro saúde</b> | 7  | 1 | 3 | 93%  | 0.893 | 10 | 0 | 1 | 93%  | 0.893 |
|  | <b>71 - clínica</b>      | 8  | 1 | 2 | 99%  | 0.999 | 10 | 0 | 2 | 100% | 1.000 |
|  | <b>72 - empregado</b>    | 4  | 0 | 1 | 100% | 1.000 | 3  | 0 | 1 | 100% | 1.000 |
|  | <b>72 - desempregado</b> | 0  | 0 | 0 | 0    | 0     | 0  | 0 | 0 | 0    | 0     |
|  | <b>72 - reformado</b>    | 3  | 0 | 3 | 100% | 1.000 | 4  | 0 | 1 | 100% | 1.000 |
|  | <b>73</b>                | 5  | 0 | 8 | 99%  | 0.999 | 5  | 0 | 7 | 93%  | 0.885 |
|  | <b>74</b>                | 4  | 0 | 7 | 99%  | 0.999 | 3  | 0 | 7 | 99%  | 0.999 |
|  | <b>75</b>                | 6  | 0 | 6 | 93%  | 0.884 | 9  | 2 | 2 | 99%  | 0.999 |
|  | <b>76</b>                | 4  | 0 | 9 | 99%  | 0.999 | 6  | 0 | 7 | 93%  | 0.893 |
|  | <b>77</b>                | 3  | 1 | 8 | 100% | 1.000 | 7  | 1 | 6 | 100% | 1.000 |
|  | <b>78</b>                | 8  | 1 | 5 | 100% | 1.000 | 8  | 1 | 4 | 99%  | 0.999 |